ND 106

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE BROUSSAIS HOTEL-DIEU

ANNEE 1975 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

ETIENNE LEHN

Né le 3 septembre 1946 à Strasbourg

Interne des Hôpitaux à Paris

LES ODDITES CHRONIQUES

Etude rétrospective de 176 observations

PRESIDENT: Monsieur Marcel ROUX, Professeur.

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE BROUSSAIS HOTEL-DIEU

ANNEE 1975 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

ETIENNE LEHN

Né le 3 septembre 1946 à Strasbourg

Interne des Hôpitaux à Paris

LES ODDITES CHRONIQUES

Etude rétrospective de 176 observations

PRESIDENT: Monsieur Marcel ROUX, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548117_0020

A MES PARENTS

A MA FEMME

ET A NOS DEUX ENFANTS

A notre Maître

Monsieur le Professeur ***Marcel ROUX***
Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
nous a confié ses dossiers hospitaliers et privés
et nous a guidé dans la réalisation de ce travail.
Qu'il soit remercié pour la qualité de l'enseignement qu'il nous a prodigué
au cours de notre externat, puis de notre internat.

A Monsieur le Docteur ***Louis RENE***

Pour le remercier de la chaleur avec laquelle il nous accueillit
dans son service et les encouragements qu'il continue à nous prodiguer.
Nous avons apprécié la richesse de son enseignement
et la simplicité avec laquelle il nous le dispensa.

A Monsieur le Médecin en Chef ***Jean MINE***
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
titulaire de la chaire de chirurgie d'Armée

Qui nous donna un exemple d'enthousiasme et de rigueur,
de labeur et d'humanité.
Il nous accepta dans son équipe pour essayer
de nous communiquer ces qualités.
Qu'il en soit ici remercié.

A Monsieur le Professeur ***J. HUREAU***

Pour le remercier de l'aide qu'il nous a apportée dans la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Professeur ***P. VAYRE***

Dont les travaux nous ont guidé tout au long de cette thèse et qui nous apporta ses encouragements et ses conseils pendant son élaboration.

A mes Maîtres d'externat :

Monsieur le Professeur ***ROUX***

Monsieur le Professeur ***JUSTIN - BESANÇON***

Monsieur le Professeur ***CASTAIGNE***

Monsieur le Professeur ***HOUSSET***

Monsieur le Professeur ***BACH***

A mes Maîtres d'internat :

Monsieur le Professeur ***LEVILLAIN***
Hôpital Saint - Michel

Monsieur le Docteur ***RENE***
Hôpital de la Croix - Saint - Simon

Monsieur le Professeur ***MERGER***
Hôpital Saint - Antoine

Monsieur le Docteur ***SIMON***
Hôpital de Montfermeil

Monsieur le Professeur ***ROUX***
Hôpital de Vaugirard

Depuis de nombreuses années déjà, la pathologie non tumorale du sphincter d'Oddi a retenu l'attention des anatomistes, physiologistes et cliniciens et suscité bien des travaux.

Dès 1926, Del Valle et Donovan (25) décrivent une "oddite rétractile" et, depuis, au fil des années, s'est précisé le concept d'oddite.

En 1945, Mallet-Guy et Feroldi étudient la "maladie du sphincter d'Oddi" (28) (47).

En 1947, Bengoléa et Negri (6) rapportent au Congrès de Chirurgie leurs travaux sur le cholédoque terminal.

En 1949 et 1950, Caroli propose les termes de "papillite" et "d'adénomatose" (12) (14).

En 1958 Debray, Roux et Laumonier (17) précisent les lésions anatomo-pathologiques et intègrent la pathologie du sphincter d'Oddi dans l'ensemble de la pathologie biliaire.

x

A une époque où ces notions, précisées au fil des années, paraissent controversées, il nous a semblé utile de reprendre leur étude pour essayer de faire le point des connaissances acquises, de comprendre le mécanisme de cette pathologie et de dégager une attitude thérapeutique cohérente.

MATERIEL D'ETUDE

Nous avons rassemblé 176 observations d'oddite chronique, parmi les malades traités, entre 1952 et août 1974, dans le service de notre Maître, le Professeur Marcel Roux, tant à la clinique thérapeutique chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard, qu'en pratique privée.

Ces 176 observations font partie des 1645 cas d'affections biliaires non tumorales extra-hépatiques, traités au cours de la même période.

Cette série, • nous le montrerons en détail par la suite •, nous a paru particulièrement homogène. En effet, les mêmes méthodes d'exploration, en particulier radiomanométriques, les mêmes indications chirurgicales furent appliquées à l'ensemble de ces malades. Les modifications apportées ne furent que les conséquences des progrès dans les connaissances et les techniques, réalisés à partir même de ces observations.

Nous présenterons successivement :

- les critères qui ont été retenus pour fonder le diagnostic d'oddite, en essayant d'en faire une étude critique.

- les observations colligées, que nous avons classées en 5 groupes qui nous paraissent chacun poser des problèmes particuliers, et apporter des renseignements propres. Ce sont :

    . les oddites dites "pures", sans aucune lithiase biliaire associée.

    . les oddites chroniques, avec lithiase vésiculaire.

    . les oddites chroniques chez des malades cholecystectomisés antérieurement.

    . les oddites chroniques, avec lithiase isolée de la voie biliaire principale.

    . les oddites chroniques, avec double lithiase vésiculaire et cholédocienne.

. dans un 6ème groupe, que nous n'avons pas inclus dans la statistique générale, en raison de sa constitution particulière, des observations d'oddites chroniques avec pancréatites chroniques associées. Les 24 cas ainsi rassemblés font partie des 86 cas de pancréatites chroniques traités pendant la même période.

- un essai de synthèse des données recueillies pour dégager une conception d'ensemble des oddites chroniques, dans le cadre de la pathologie biliaire.

- enfin, dans un dernier chapitre, les possibilités thérapeutiques, les indications proposées et leurs résultats dans la série étudiée.

x

CHAPITRE I

LES CRITERES DU DIAGNOSTIC D'ODDITE CHRONIQUE

Ils sont cliniques, radiologiques, manométriques et anatomo-pathologiques.

1. - Sur le plan clinique.

Les signes cliniques en faveur de l'oddite chronique manquent de spécificité, car ils se dissimulent derrière la symptomatologie propre de la lithiase biliaire si souvent associée. Nous voudrions cependant retenir plusieurs notions :

- d'abord la fréquence de la forme angiocholitique, avec sa triade, douleur, fièvre et ictère, même en l'absence de toute lithiase de la voie biliaire principale.

- ensuite le type particulier de la douleur dans les formes biliaires pures ; en effet, toujours en dehors de toute lithiase de la voie biliaire principale, cette douleur est souvent épigastrique ou en barre, avec une irradiation postérieure et parfois vers les deux épaules, attirant l'attention vers la voie biliaire principale.

- il existe même des formes dites pancréatiques où ces caractères dominent, associés à un retentissement sur l'état général avec amaigrissement.

- enfin, nous voulons retenir l'évolution souvent lente, l'histoire clinique ancienne, émaillée de poussées douloureuses ou ictériques, finissant par affaiblir la malade.

Certes, ces critères cliniques paraissent bien légers ; ils ont cependant une valeur d'orientation non négligeable. Nous reverrons à propos de l'étude des observations quelle valeur on peut leur attribuer.

2. - La radiographie pré-opératoire.

La cholangiographie intra-veineuse s'est peu à peu perfectionnée par la perfusion continue du produit de contraste, la prise de coupes tomographiques, l'utilisation de drogues ayant pour but de relacher le sphincter d'Oddi.

Elle cherche à préciser trois ordres de faits :

- l'aspect du défilé oddien d'abord, en recherchant
  - un arrêt en "bout de doigt" (Mallet-Guy) ou en "tube à hémolyse" (Hardouin), du bas cholédoque,
  - parfois un aspect en "queue de radis" ou en "pilon",
  - ailleurs, un mince défilé sphinctérien, décalé et excentré, accentuant la "cravate" physiologique.

- l'aspect d'ensemble de la voie biliaire principale sus-jacente, en en rapportant le diamètre à l'épaisseur du 2° corps vertébral lombaire, visible sur le même cliché, afin de pouvoir comparer des clichés, pris dans des conditions différentes. Ce diamètre C/V de l'ordre de 0,10 à 0,13 normalement, dépasse généralement 0,15 dans les oddites.

- enfin, l'évacuation du liquide de contraste dans le duodénum, en retenant :
  la pauvreté et l'absence de passages duodénaux,
  la persistance anormale de l'imprégnation opaque de la voie biliaire.

Malgré une analyse aussi précise des clichés, il faut reconnaître que la radiographie pré-opératoire n'apporte que des éléments de présomption. De plus, elle ne permet pas de faire la différence entre oddite chronique organique et trouble fonctionnel. Pour cette raison, on a proposé, ces dernières années, l'emploi du radiocinéma, éventuellement associé à l'emploi d'agents pharmacologiques. Nous n'en avons guère l'expérience, mais nous connaissons l'intérêt de l'emploi d'agents pharmacodynamiques. Chez plusieurs de nos malades fut ainsi pratiquée une épreuve de Fablet à la morphine ou à la codéine.

Dans notre série la valeur du diagnostic cholangiographique d'oddite s'est modifiée au cours des années avec l'amélioration des techniques ; elle nous paraît encore trop faible et ceci justifierait, s'il en était besoin, la pratique d'une radiomanométrie au cours de toute intervention biliaire.

x

x x

3. - La radiomanodébitmétrie per-opératoire.

- La technique utilisée depuis 1948 répond à trois principes de base :

  - le premier, déjà énoncé par Caroli, est que l'étude des pressions et des débits n'a de valeur que dans la mesure où elle peut être confrontée aux images de la cholangiographie correspondant aux mêmes moments.

  On ne peut en effet parler de débit oddien que si le cliché correspondant montre effectivement un passage du produit de contraste dans le duodénum.

• le deuxième est d'évaluer conjointement la pression régnant dans la voie biliaire principale et le débit d'écoulement du produit de contraste, car seul le rapport de ces grandeurs permet d'évaluer, ainsi que l'a également montré Stalport (67) la qualité du sphincter d'Oddi.

• le troisième est de commencer l'étude du débit par la pression minimale de passage et de ne faire une hyperpression qu'ultérieurement, contrairement aux affirmations de F. Besançon et Pironneau (7). En effet, ce n'est qu'à ces basses pressions quasi-physiologiques qu'on peut éviter une contracture réactionnelle de l'Oddi.

Ainsi fut utilisé le flacon de Mariotte et, d'emblée, un produit iodé (Diodonne à 35% • Vasurix au Radiosélectan) qui permet la prise simultanée de clichés, et ne donne guère une manodébitmétrie très différente de celle obtenue avec du sérum physiologique (60)

Le protocole est le suivant :

• détermination de la pression initiale, pression d'équilibre régnant dans la voie biliaire principale.

• perfusion à la plus basse pression nécessaire pour obtenir un passage dans le duodénum. Le flacon de Mariotte permet, en maintenant cette pression constante, de mesurer le débit du produit de contraste en une minute. Prise du cliché radiologique.

• perfusion en hyperpression à 30 cm de diodone. Mesure du débit-Prise du 2° cliché permettant habituellement de visualiser les voies biliaires extra et intra hépatiques.

• détermination de la pression résiduelle, pression d'équilibre obtenue en fin d'exploration, traduisant la tonicité de la voie biliaire principale après un débit forcé. Nous lui attribuons une grande valeur.

x

La pratique systématique d'une technique identique a permis, en étudiant des voies biliaires principales strictement normales, d'établir en 1965 (60) un "normogramme" de la courbe du débit oddien en fonction des pressions, qui permet de fournir un élément de comparaison entre toutes les manodébitmétries et une représentation simple des troubles éventuels. (cf schéma).

En y reportant, en effet, les chiffres de pression et de débit, enregistrés au cours d'une exploration per-opératoire, on peut classer la voie biliaire étudiée dans trois groupes hydrodynamiques schématiques suivants :

- voie biliaire normale, dont la courbe se projette dans l'aire du normogramme, tant en basse qu'en haute pression.
- voie biliaire hypotonique à grand débit, se situant à gauche et au-dessus du normogramme.
- voie biliaire hypertonique à faiblé débit, située au-dessous et à droite du normogramme. Parmi celles-ci on peut en fait distinguer :
  - les hypertonies en relation avec une lésion organique ; la totalité de la courbe se situe alors au dessous du normogramme. Les pressions initiales et résiduelles sont élevées ; le nitrite d'amyle ne modifie pas la résiduelle.
  - les hypertonies dites fonctionnelles. La partie initiale de la courbe se projette alors souvent sur le normogramme, alors qu'elle se situe en dessous en hyperpression. Le nitrite d'amyle fait chuter la résiduelle à des chiffres normaux.

Tels sont les critères manodébitmétriques retenus dans cette étude. Rappelons une fois encore qu'ils n'ont de valeur que confrontés aux clichés correspondants sur lesquels seront recherchés les trois ordres de signes que nous avons déjà décrits au cours du chapitre précécent.

Nous ferons de plus, ici, une mention particulière pour un signe radiologique : le reflux dans le canal du Wirsung, auquel on a voulu attribuer une grande valeur. Il nous est apparu, en reprenant tous les cas où nous avons découvert un tel reflux sur les clichés pratiqués, que ce reflux dans le canal de Wirsung n'a de valeur réelle qu'à deux conditions :

- qu'il apparaisse pour une pression de perfusion faible, voisine des pressions physiologiques.
- que le diamètre du canal de Wirsung soit augmenté, de façon d'ailleurs le plus souvent irrégulière.

x

NORMOGRAMME

Quelle valeur peut-on attribuer à la radiomanodébitmétrie ainsi pratiquée dans le diagnostic d'oddite chronique ? Pour essayer de le préciser, nous avons confronté ses données avec celles de l'examen qui nous a paru par ailleurs le plus fiable, l'examen anatomo-pathologique. Cette confrontation ne porte que sur les dossiers colligés entre 1962 et août 1974, car, dans certains dossiers anciens, les renseignements concernant la radiomanométrie sont parfois incomplets.

- Pendant ces 12 années, 895 cas d'affections biliaires non tumorales furent traités. Parmi ces cas nous avons rassemblé 83 oddites chroniques organiques. Par ailleurs nous avons relevé 112 hypertonies oddiennes fonctionnelles, ce qui revient à dire que dans plus de la moitié des cas, la constatation d'une hypertonie ne traduit qu'un trouble passager et ceci doit rendre particulièrement prudent dans l'analyse des troubles et l'indication thérapeutique.

- Par ailleurs, 2 fois le diagnostic d'oddite organique fut porté sur la radiomanométrie et conduisit à une sphinctérotomie avec biopsie alors que l'examen anatomo-pathologique (Dr E. Martin) infirma ce diagnostic.

- A côté de ces erreurs par excès, il faut relever des erreurs par défaut :

  - dans 1 cas fut pratiquée une sphinctérotomie avec biopsie pour extraction d'un calcul du bas cholédoque, et bien que la radiomanodébitmétrie ait écarté le diagnostic d'oddite l'examen anatoma-pathologique (Dr E. Martin) conclut à une scléro-dystrophie oddienne.

  - sont également à verser au chapitre des erreurs par défaut 6 cas d'oddites chez des malades cholecystectomisés dans le service pendant cette période, si l'on admet qu'il s'agit d'une oddite "négligée" existant déjà lors de la première intervention.

On peut donc considérer au total que cette méthode diagnostique comporte un risque d'erreur, sur 895 cas, inférieur à 1%.

Pour améliorer la qualité des clichés fournis par la cholangiographie per opératoire, on a proposé la prise de petits clichés placés dans le décollement rétro-duodéno-pancréatique.

Ils permettent, ainsi que l'a montré L. René (56) d'éliminer certaines images douteuses de la voie biliaire principale, mais aussi parfois de découvrir un calcul oublié.

Ils permettent aussi, selon Barraya (5) de préciser l'aspect de la papille.

x

4. - L'exploration visuelle et instrumentale de la papille.

Parmi les critères du diagnostic d'oddite, nous avons ensuite voulu en regrouper deux :

- l'exploration instrumentale par le dilatateur de Bakes ou le catheter en "S",
- et l'examen macroscopique de la papille après duodénotomie.

Il nous est apparu, en effet, que le premier n'a réellement de valeur que si l'on peut contrôler "de visu" que l'instrument se trouve bien en regard de l'abouchement du cholédoque.

Nous avons retenu comme critère, ainsi que la plupart des auteurs, l'impossibilité de faire franchir à l'oddi l'olive de dilateur de Bakes de 4 mm ou le catheter en "S" du plus fin calibre. Sur le plan de l'anatomie pathologique macroscopique, plusieurs aspects semblent évocateurs :

- une papille oedématiée, violacée
- un orifice en rosace, festonné, "fungique"
- surtout un orifice sténosé, fibreux "en phimosis", soulevé par l'olive de l'instrument qui ne peut le distendre.

Malgré des aspects parfois évidents, apportant un quasi-diagnostic de certitude, il faut reconnaître que le plus souvent la valeur de ces critères est relative pour plusieurs raisons :

- parce que l'aspect macroscopique de la papille n'emporte pas toujours la conviction.
- parce qu'entre des mains peu expérimentées l'instrument peut ne pas se trouver exactement en face de l'orifice papillaire et donc buter, alors que le sphincter est sain.

5. - La cholédoscopie.

Elle fut pratiquée chez quelques-uns de nos malades. Si elle semble très utile dans la recherche d'une micro-lithiase de la voie biliaire principale, il ne nous semble pas qu'elle apporte une solution définitive aux problèmes diagnostiques persistants en matière d'oddite. Ceci rejoint les conclusions de la thèse de IZARD (39).

6. - L'examen anatomo-pathologique.

Il s'agit, certes, d'un critère "a posteriori" qui ne peut que confirmer ou infirmer le diagnostic porté pendant l'intervention, mais il garde une grande valeur théorique justifiant une attitude thérapeutique et une conception d'ensemble de cette pathologie.

Nous empruntons les remarques et descriptions qui suivent à MM. R. Laumonier, Et. Martin et Ph. Delavierre, qui pratiquèrent les examens anatomo-pathologiques des biopsies de notre série et contribuèrent à la connaissance de ces lésions.

Dans une première remarque préalable, nous voulons insister, avec Etienne Martin (51), sur la nécessité d'une biopsie étendue, montrant les deux versants de la papille et comportant un fragment sphinctérien convenable.

Dans notre série, les biopsies furant pratiquées avec le sphinctérotome emporte-pièce de Roux qui permet d'atteindre le sphincter commun et la partie inférieure du sphincter propre du cholédoque.

Les lésions associent à des degrés divers trois éléments :

- une dystrophie glandulaire, les glandes devenant abondantes ou kystiques, ou au contraire atrophiques.

- une sclérose collagène comportant, dans les formes jeunes, une prolifération de fibroblastes avec oedème, à un stade plus avancé une densification du collagène, devenant abondant, homogène, dissociant les fibres musculaires et entourant les glandes.

- des altérations musculaires plus ou moins marquées avec atrophie des fibres, clarification, homogénéisation ou sclérose.

Ces trois altérations, plus ou moins associées, réalisent au maximum un "nodule fibro-musculo-glandulaire" (Laumonier).

Par ailleurs, la muqueuse et les vaisseux sont normaux ; on note, par contre, quelquefois, des altérations nerveuses.

Il faut donc noter que les lésions décrites sont celles d'une "scléro-dystrophie oddienne chronique" et non d'une "oddite" au sens précis du terme puisque manquent le plus souvent des signes d'inflammation aigüe ou subaigüe. Nous avons cependant, tout au long de ce travail conservé le terme d'oddite consacré par l'usage.

x

Telles sont les lésions anatomo-pathologiques sur lesquelles se fondent le diagnostic d'oddite et la conception même de cette pathologie.

Nous ne pouvons apporter ici de jugement personnel, mais nous devons à la vérité de dire que la valeur même de ces éléments anatomo-pathologiques a été remise en question. N'étant guère qualifié dans ce domaine, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur aux articles en cause (51) (46).

Nous devons cependant souligner que l'oddite chronique constitue une maladie dont la conception repose tout à la fois sur la constatation de troubles cliniques, parfois propres, nous le verrons, de signes radiomanométriques, traduisant l'existence d'un obstacle à l'écoulement de la bile et de lésions anatomo-pathologiques.

Ceci indique que le diagnostic ne saurait, en définitive, reposer que sur l'association de ces différents éléments.

La concordance, assez étroite, constatée entre ces différents éléments dans notre série tend à confirmer le bien fondé de nos hypothèses.

x

x x

CHAPITRE II

ANALYSE DES OBSERVATIONS

LES DIFFERENTS GROUPES D'ODDITES CHRONIQUES

Pour faciliter l'étude des nombreuses observations recueillies, nous les avons classées en 6 groupes en fonction de l'association éventuelle à une autre lésion biliaire. Chacun de ces groupes nous semble particulier par les problèmes qu'il pose et les renseignements qu'il apporte.

1. - Les oddites chroniques primitives sans aucune lithiase associée.

Nous en avons relevé, entre 1952 et août 1974, 9 cas. Ils représentent :
5,1 % des oddites chroniques de notre série,
0,5 % des interventions pour lésion biliaire non tumorale.

Voici ces observations :

OBSERVATION N° 1 Mme CAM... - 1953

- Cette femme de 48 ans, gastrectomisée 10 ans auparavant pour un ulcère, est hospitalisée pour des douleurs récentes de l'hypocondre droit avec vomissements.

- Les clichés pré-opératoires ont conduit au diagnostic de dyskinésie cervico-cystique ; aucune lithiase n'y est retrouvée.

- A l'intervention :
  - la vésicule, non lithiasique est tendue.
  - une cholangiographie par agrafage vésiculaire confirme la siphopathie (pression de passage dans la voie biliaire : 15 cm).
  - après cholecystectomie, la radiomanométrie transcystique montre une dilatation du cholédoque dont la partie basse n'est pas visible, l'absence de passage duodénal même à de fortes pressions et sous nitrite d'amyle.

- la papille présente un aspect de "phimosis" serré que n'arrive pas à franchir le dilateur de Bakes.
- on pratique une sphinctérotomie avec biopsie. Un drain de Champeau est laissé en place.

- L'examen anatomo-pathologique confirme l'atrésie du cystique et la scléro-dystrophie oddienne.
- Les suites sont perturbées par une petite complication pulmonaire.
- L'évolution digestive, bonne pendant deux ans, est ensuite marquée (chez cette ancienne gastrectomisée) par la survenue de douleurs épigastriques en barre, accompagnées de vomissements.

- Une cholangiographie ultérieure montre cependant une voie biliaire principale normale avec de bons passages duodénaux.

OBSERVATION N° 2 Mme SEN... Marie - 1954.

- Cette femme de 68 ans est hospitalisée pour des crises douloureuses de l'hypocondre droit se répétant, depuis plusieurs années, quelquefois accompagnées d'ictère et de fièvre.

- Une étude radiologique, de mauvaise qualité, n'avait antérieurement pas retrouvé de lithiase biliaire.

- A l'intervention (Dr Chatelin)
  - la vésicule est normale
  - la voie biliaire principale est dilatée
  - la radiomanométrie, pratiquée par une aiguille à cholédoque, montre une légère élévation des pressions jusqu'à 18 cm (pression de passage), l'absence de calcul biliaire, enfin un passage filiforme "en guirlande" sur 2 à 3 cm au niveau du sphincter d'oddi.
  - le catheter en "S" du plus fin calibre, introduit par cholédocotomie, ne peut parvenir dans le duodénum.
  - l'exploration après duodénotomie ne retrouve pas de caroncule, mais un orifice petit, en tête d'épingle.
  - on pratique donc une sphinctérotomie à travers un sphincter scléreux à la coupe. Mise en place d'un drain de Champeau.

- L'évolution est assez favorable, mais le résultat est moyen, car cette malade, dont la vésicule a été conservée présente par la suite quelques douleurs de l'hypocondre droit à la suite de la prise de certains aliments.

OBSERVATION N° 3 Mme LAF... • 1954-1956.

• Cette femme de 48 ans est hospitalisée en 1954 pour un ictère douloureux et fébrile. La cholecystographie et la cholangiographie semblent normales, mais l'intensité des phénomènes douloureux conduit à une intervention opératoire.

  • aucune lithiase n'est retrouvée et
  • la cholangiographie par la vésicule objective une dyskinésie du siphon vésiculaire (Pression : 20 cm) tandis que la voie biliaire principale parait subnormale.
  • une cholecystectomie est alors pratiquée.

• Un an plus tard reprennent des douleurs, accompagnées de migraines et de vomissements. La cholangiographie ne montre, comme seule anomalie, que la rareté des passages duodénaux.

• Cependant, le traitement médical (Prof. Ch DEBRAY) s'avérant inefficace, on se décide à réintervenir et à la radiomanométrie per-opératoire le diagnostic d'oddite est confirmé par :

  • la dilatation de la voie biliaire principale dont la partie basse est filiforme sur tous les clichés (C/V : 0,20).
  • l'élévation des pressions et la faiblesse des débits, même en hyperpression.
  • on réalise une sphinctérotomie avec biopsie et on laisse en place un drain de Champeau.

• L'examen anatomo-pathologique confirme la sclérodystrophie oddienne.

• Les suites immédiates sont bonnes, mais le résultat à distance est médiocre, la malade se plaignant encore de quelques crises douloureuses, qu'un transit gastro-duodénal permettra de rattacher, 8 ans après, à un fonctionnement imparfait de la sphinctérotomie.

• Il est à noter par ailleurs que cette femme subira par la suite une gastrectomie pour ulcère.

OBSERVATION N° 4 M. FAU... • 1956.

• Cet homme de 34 ans possède déjà un passé digestif chargé :

  • en 1944 il a présenté un ictère douloureux et fébrile
  • en 1949 il a subi une gastrectomie pour ulcère ;

- et, en fait, entre 1944 et 1958, il a présenté de nombreux épisodes d'angiocholite subaiguë.

- Il est enfin hospitalisé, en 1958, pour une crise douloureuse avec ictère et hématémèse, mais sans fièvre.

- A la cholecystographie orale, la vésicule est exclue ; à la cholangiographie intra-veineuse, la vésicule est augmentée de volume, le cholédoque dilaté et invisible au niveau de la région pancréatique.

- A l'intervention :

  - il existe, comme prévu, une pancréatite au niveau de la tête du pancréas et
  - à la radiomanométrie, une élévation modérée des pressions, tandis que le bas du cholédoque ne s'opacifie pas.
  - le catheter en "S" ne parvient pas à passer.
  - après la duodénotomie, on découvre une papille indurée, présentant "l'aspect d'un granulome".
  - aucune lithiase biliaire n'est retrouvée.
  - on associe à la cholecystectomie, une sphinctérotomie avec drainage trans-cystique de la voie biliaire principale et drainage du Wirsung.

- L'examen anatomo-pathologique (Dr Laumonier) va confirmer le diagnostic d'oddite chronique scléro-distrophique.

- L'évolution à 5 ans est bonne.

OBSERVATION N° 5 M. FOLL... - 1961.

- Cet homme de 42 ans est hospitalisé pour un syndrome de cholecystite subaiguë, où prédominent les phénomènes douloureux.

- Sur la cholecystographie orale l'existence d'une grosse vésicule, se vidant mal, a fait évoquer l'existence d'une siphopathie.

- A l'intervention :

  - la vésicule est volumineuse, tendue et la jonction cervico-cystique présente une coudure "en cor de chasse". La voie biliaire principale est un peu dilatée, tendue.
  - une cholangiographie par voie trans-vésiculaire confirme la dyskinésie infundibulo-cervicale car il n'y a pas de passage avant 20 cm dans la voie biliaire principale. Cholecystectomie. Pas de lithiase vésiculaire.
  - à la radiomanométrie trans-cystique :
    . pression initiale : 14 cm
    le débit n'est satisfaisant qu'à 20 cm de pression.

. la pression résiduelle spontanée à 17 ne descend qu'à 14 sous nitrite d'amyle.
. il n'y a aucune lithiase de la voie biliaire principale.

- On pratique une sphinctérotomie large avec biopsie. Un drain transcystique est par ailleurs laissé en place.

- L'examen anatomo-pathologique confirme l'existence d'une siphopathie ainsi que d'une scléro-dystrophie chronique de l'oddi (Dr Et. Martin).

- Le résultat à 5 ans est bon.

OBSERVATION N° 6 Mme POU... - 1966.

- Une femme de 62 ans consulte pour :

. brûlures épigastriques et éructations
. et pour douleurs de l'hypocondre droit sans fièvre ni ictère.

- Un transit oeso-gastro-duodénal met en évidence l'existence d'une volumineuse hernie hiatale par glissement.

- Une cholecystrographie orale puis une cholangiographie découvrent une image en "clou tordu" du défilé oddien fortement évocatrice d'oddite.

Il n'y a ni lithiase vésiculaire, ni lithiase de la voie biliaire principale.

- Au cours d'une première intervention, un contrôle radiomanodébitmétrique confirme l'image d'oddite (image en pilon) mais, malgré une pression initiale anormale (17 cm), la pression résiduelle s'établit à 10 cm. La hernie hiatale est seule traitée.

- Les signes de la hernie disparaissent, les douleurs de l'hypocondre droit persistent ...,

- Conduisant à une réintervention un an plus tard avec contrôle radiomanométrique :

pression initiale : 18 cm
pression résiduelle : 20 cm
image typique d'oddite scléreuse
pas de lithiase.

- Devant l'obésité de la malade, on préfère, à la cholecystectomie, associer une anastomose cholédoco-duodénale, plutôt qu'une sphinctérotomie.

- 6 ans après : état de la malade satisfaisant ; bon résultat.

x

OBSERVATION N° 7 M. DOM... - 1966.

- Est hospitalisé à l'âge de 67 ans pour :

  . crises douloureuses et fébriles de l'hypocondre droit évoluant depuis 3 ans, et
  . une crise récente d'angiocholite typique avec douleur, frissons et fièvre à 40°, ictère généralisé rapidement résolutif.

- En cholecystographie comme en cholangiographie :

  . pas de lithiase vésiculaire ou de la voie biliaire principale,
  . mais, une dilatation nette de cette voie biliaire principale, au dessus d'un défilé oddien évocateur.

- La radiomanodébitmétrie per-opératoire ne montre aucun passage duodénal même à P : 35 cm, même après épreuve au nitrite d'amyle, tandis que se dessine une image d'oddite isolée.

- Duodénotomie et exploration de la papille qui s'avère ferme, nodulaire, avec un orifice étroit : aspect en "phimosis" sur l'olive du catheter intra-cholédocien.

- Cholecystectomie avec sphinctérotomie et biopsie sphinctérienne.

- Cette dernière va permettre de retrouver à l'examen anatomo-pathologique une scléro-dystrophie oddienne ; s'y associe une scléro-dystrophie du col vésiculaire, en l'absence de toute lithiase.

- Bon résultat à 5 ans.

OBSERVATION N° 8 Mme MON... - 1963.

- Cette femme de 82 ans est hospitalisée pour une crise d'angiocholite typique.

- A l'âge de 36 ans, elle avait subi une cholecystostomie temporaire (Prof Hartmann).

- La cholecystographie et la cholangiographie ne retrouvent aucune lithiase, ni vésiculaire ni au niveau de la voie biliaire principale.

- Le cholédoque est de calibre normal mais se termine, sur tous les clichés, par une image en "tube à hémolyse" évocatrice d'oddite.

• Compte-rendu opératoire :

• vésicule souple, non lithiasique.

• à la radiomanométrie per-opératoire on retrouve :
. pression initiale : 18 cm
. en hyperpression à 30 cm, peu de passages duodénaux et une image en queue de radis du bas cholédoque
. la pression résiduelle est à 17 cm et ne baisse pas sous nitrite d'amyle
. Il n'y a pas de lithiase de la voie biliaire principale. Celle-ci n'est que peu augmentée de volume.

• à l'exploration instrumentale le catheter en "S" du plus fin calibre ne peut passer.

• l'âge et l'état général font poser l'indication d'une anastomose hépatico-duodénale associée à la cholecystectomie, plutôt que celle d'une sphinctérotomie.

• Cependant, la voie biliaire principale est peu dilatée et ceci peut expliquer un fonctionnement médiocre de cette anastomose pendant les 6 premiers mois. Mais par la suite, on peut vérifier sur un transit gastro-duodénal son bon fonctionnement et la surveillance régulière, pendant 9 ans, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 91 ans, ne retrouvera plus aucun trouble biliaire.

OBSERVATION N° 9 Mme BOY... • 1974.

• Cette femme de 80 ans est hospitalisée pour des crises d'angiocholite subaiguë , se répétant depuis 18 mois, qui n'ont pas conduit à une intervention, en raison de l'association d'un infarctus du myocarde récent.

• Une cholangiographie intra-veineuse avec tomographies montre :

. sur tous les clichés, une trop bonne imprégnation de l'ensemble des voies biliaires,
. l'absence de lithiase vésiculaire ou biliaire,
. une légère dilatation du cholédoque, qui se termine "en tube à hémolyse",
. il n'y a aucun passage duodénal.

- A l'intervention :

. on confirme l'absence de lithiase de la vésicule et de la voie biliaire principale.

- la radiomanodébitmétrie trouve :
  . des débits oddiens faibles, même en hyperpression :
    3 ml à 20 cm de pression
    6 ml à 30 cm " "
  . une pression résiduelle à 17 cm qui ne tombe qu'à 12 cm sous nitrite d'amyle.
- la cholecystectomie s'accompagne d'une sphinctérotomie avec biopsie.

- A l'examen anatomo-pathologique : cholecystite chronique scléro-dystrophique, développée sur une scléro-dystrophie infundibulo-cervico-cystique et lésions d'oddite chronique scléro-dystrophique.

- Les suites sont favorables à 6 mois.

x

L'étude des observations qui précèdent permet de tirer les quelques enseignements suivants :

- Les oddites chroniques primitives, sans aucune lithiase, représentent 5,1 % des oddites chroniques et 0,5 % des observations d'affections biliaires non tumorales de notre statistique. Bien que rares, elle méritent donc de ne pas être méconnues.

- Leur répartition, en fonction du sexe et de l'âge des malades, n'est guère différente de la répartition globale des affections biliaires.

- Leur symptomatologie est, par contre, particulière, puisque dans 6 cas sur 9, elles étaient responsables de poussées d'angiocholite typique (obs. 2, 3, 4, 7, 8, 9). Ceci est assez logique si l'on admet que la stase biliaire provoquée par l'oddite est facteur d'infection.

- Il faut également retenir le fait que, dans 5 des 6 observations d'oddites révélées par des poussées d'angiocholite, les troubles remontent à plus de 3 ans. (Obs. 2, 3, 4, 7, 8).

Ceci indique, d'une part, que l'obstacle oddien, même incomplet au début, maintient dans la voie biliaire principale les conditions d'infection et d'obstruction à répétitions, d'autre part, que ces poussées retentissent sur la sclérodystrophie oddienne primitive, en majorant peu à peu l'importance.

• Un autre fait à retenir est la fréquence de l'association de ces oddites primitives à d'autres affections :

Siphopatie	5 cas	Observations (1), (3), (5), (7), (9).
Ulcère gastrique entraînant une gastrectomie	3 cas	(1), (3), (4).
Hernie hiatale	1 cas	(6).

L'association à une siphopathie a été retrouvée 5 fois, dans 3 cas c'est même la siphopathie qui était en premier plan, à l'origine des troubles motivant l'hospitalisation (1, 3, 5). La fréquence de cette association conduit à penser qu'elle n'est pas fortuite et qu'il s'agit, soit d'une maladie ou d'une malformation atteignant l'appareil biliaire dans sa totalité et s'exprimant au niveau de ses segments anatomiquement les plus grêles, soit d'une corrélation physiologique, la distension vésiculaire ou l'irritation du siphon retentissant au niveau du sphincter d'Oddi. Ceci rejoindrait les travaux de Vayre (68) chez le chien, puisqu'il a pu obtenir une hypertonie oddienne avec diminution du débit par excitation chronique de la région du siphon.

L'association à une maladie ulcéreuse, ou à une hernie hiatale est également troublante.

On sait, en effet, que l'innervation extrinsèque des boies biliaires et notamment du sphincter d'Oddi est comme celle de l'estomac, sous la dépendance principale des pneumogastriques. On peut donc se demander si le "dysfonctionnement" vagal invoqué dans la genèse de la maladie ulcéreuse ne pourrait également être en cause dans la maladie oddienne. Deux ordres d'arguments viennent étayer cette hypothèse :

- le premier est tiré des observations faites au cours des interventions pratiquées chez des malades souffrant à la fois d'une hernie hiatale et d'une affection biliaire. La cure chirurgicale de la hernie hiatale, pratiquée en premier, s'accompagne souvent d'une excitation des pneumogastriques. Il est arrivé plusieurs fois, réalisant ensuite une radiomanométrie biliaire, de constater une hypertonie oddienne importante et parfois prolongée, cédant difficilement sous nitrite d'amyle, et ceci en dehors de toute anomalie organique.

- le deuxième est tiré, à l'inverse, de l'observation des malades ayant subi une vagotomie pour ulcère.
  La pratique chez ces malades, d'une cholangiographie en postopératoire, a permis dans nombre de cas de retrouver des modifications du tonus oddien par rapport aux données de la cholangiographie préopératoire.
  Michel Germain, dans sa thèse (30) a complété ces observations par une expérimentation chez le chien, mettant également en évidence ces variations après vagotomie.

• Quant à l'association à une pancréatite réalisant la "pancréatico-oddite" d'Arianoff, elle pose de nombreux problèmes : l'existence même de l'oddite, sa démonstration pré et per-opératoire, l'antériorité d'une lésion par rapport à l'autre et son rôle déterminant éventuel.

Nous y reviendrons dans un chapitre particulier.

x

De ces observations de scléro-dystrophie oddienne primitive, sans lithiase, nous avons voulu tirer quelques enseignements. Certes, il paraît bien imprudent de fonder de telles hypothèses sur un nombre si réduit d'observations, mais, nous étayerons ces propositions au cours de l'étude des autres groupes d'oddites chroniques. Il nous a paru néanmoins bon de montrer que dans l'étude de ces cas les plus purs, on était conduit à ces concepts.

x

x x

2. - Les oddites chroniques avec lithiase vésiculaire.

- Nous avons rassemblé 47 observations d'oddites chroniques primitives avec lithiase vésiculaire, sans lithiase de la voie biliaire associée. Elles représentent 26,7 % des oddites chroniques et 2,8 % des interventions pour lésions biliaires non tumorales.

- Il s'agit de 9 hommes et 38 femmes, dont la répartition en fonction de l'âge s'établit comme suit :

moins de 30 ans	: 1 cas
de 31 à 50 ans	: 11 cas
de 51 à 60 ans	: 14 cas
de 61 à 70 ans	: 12 cas
plus de 71 ans	: 9 cas

- Ces malades furent hospitalisés pour des syndromes de cholecystite aiguë ou subaiguë essentiellement. Dans deux cas seulement, la symptomatologie était celle d'une angiocholite faisant suspecter l'association d'un obstacle sur la voie biliaire principale. Dans deux cas également, aux signes proprement biliaires, s'associaient des signes de pancréatite subaiguë.

- L'ancienneté des troubles est très variable, d'autant que les troubles eux-mêmes étaient très variables dans leur type, leur fréquence, leur interprétation. Elle est supérieure à 3 ans dans la moitié des cas.

- Des lésions associées furent retrouvées plusieurs fois :

  - dans 7 cas existait une réaction pancréatique nette, ou même une pancréatite associée diffuse.
  - 1 cas s'accompagnait de hernie hiatale.

- Parmi les méthodes thérapeutiques :

  - dans 34 cas fut pratiquée une sphinctérotomie qui s'accompagna 28 fois d'une biopsie confirmant le diagnostic porté.
  - dans 4 cas fut pratiquée une anastomose bilio-digestive, cholédoco-duodénale.
  - dans 9 cas, on se borna à un drainage de la voie biliaire principale :
    - . dans 1 cas, en raison du jeune âge (37 ans)
    - . dans 2 cas, parce que put être réalisée une dilatation sphinctérienne,
    - . dans 2 cas, parce que l'exploration per-opératoire de la papille par duodénotomie découvrit un aspect inflammatoire prédominant.

x

De ces observations, nous pouvons tirer les quelques conclusions suivantes :

- Nous pouvons d'abord noter que ces scléro-dystrophies oddiennes avec lithiase vésiculaire seule ne sont guère différentes des formes pures précédemment étudiées.

  L'existence dans ces cas d'une oddite pose en effet exactement les mêmes problèmes pathogéniques et permet d'évoquer les mêmes hypothèses.

- Si l'on admet ces hypothèses, ces cas se situent en quelque sorte comme des intermédiaires dans une filiation allant de la siphopathie isolée ou associée à une oddite pure jusqu'à la lithiase associée de la vésicule et de la voie biliaire principale, ceci laissant bien entendu une place, et la plus grande, au cas où il n'existe pas d'oddite.

- Nous devons ensuite relever la fréquence de l'association d'une réaction pancréatique. L'existence d'une oddite offre dans ces cas une explication mécanique à ces pancréatites et ceci d'autant plus que, dans trois de nos cas, la radiomanométrie par voie transcystique a montré un reflux important dans un Wirsung dilaté, alors même que la pression de perfusion était faible.

- Nous voulons enfin remarquer que, sur les résultats médiocres à distance, que nous étudierons globalement plus loin, deux correspondent à des cas où l'on s'est borné à effectuer un drainage de la voie biliaire principale.

  Dans ces deux cas, les troubles persistants évoquent une oddite et ceci nous incite à pratiquer un geste efficace sur la voie biliaire principale, chaque fois que possible.

  Ceci nous conduit à étudier le 3° groupe d'oddites chroniques.

x

x x

3. - Les oddites chroniques des cholecystectomisés.

- Nous avons rassemblé dans notre série, 31 observations d'oddites chroniques chez des sujets cholecystectomisés antérieurement. Elles représentent 17,8 % des oddites chroniques et 1,7 % des affections biliaires non tumorales.

- Il s'agit de 4 hommes et de 27 femmes dont la répartition, en fonction de l'âge, est banale :

moins de 30 ans	: 1 cas
de 31 à 50 ans	: 4 cas
de 51 à 60 ans	: 15 cas
de 61 à 70 ans	: 7 cas
plus de 71 ans	: 4 cas

- Ces oddites représentent la grande cause du syndrome "post-cholecystectomie". Les troubles cliniques réalisent dans 15 cas, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas, un syndrome d'angiocholite évoluant par poussées. Il s'agit, dans 10 cas, de phénomènes douloureux, reproduisant plus ou moins fidèlement, les troubles antérieurs à la cholecystectomie, dans 2 cas de troubles digestifs au premier plan, ailleurs, de troubles moins définis ou variables.

- L'intervalle entre la cholecystectomie antérieure et la seconde intervention pour oddite est variable, mais dans la majorité des cas il est supérieur à 3 ans :

moins de 6 mois	: 1 cas
de 6 mois à 1 an	: 1 cas
de 1 an à 3 ans	: 4 cas
de 3 ans à 5 ans	: 9 cas
de 5 ans à 10 ans	: 10 cas
plus de 10 ans	: 6 cas

Bien que, souvent, des troubles aient existé avant que ne soit décidée la seconde intervention, l'intervalle moyen paraît donc assez grand. Ceci conduit à se demander si l'oddite chronique est une oddite "oubliée" ou "négligée", existant lors de la première intervention ou, au contraire, une oddite développée secondairement à la cholecystectomie.

Pour éclaircir ce point, nous avons cherché à connaître l'état de la voie biliaire principale au cours de la première intervention chez nos malades. Sur ces 31 malades, 20 sont des malades de seconde main. Nous n'avons pu obtenir de renseignements précis que dans 5 cas. Dans un cas, une oddite chronique avait été suspectée lors de la première intervention sur la radiomanométrie.

Sur les 11 malades cholecystectomisés dans le service, 6 fois le diagnostic d'oddite avait été suspecté, et bien qu'il n'ait conduit à aucun geste chirurgical propre dans l'immédiat, ces malades ont été suivis sur le plan clinique et cholangiographique avec cette crainte. Parmi les 5 autres cas, l'un correspond à une sclérodystrophie oddienne primitive sans lithiase mais associée à une siphopathie. La radiomanométrie fut effectuée par ponction vésiculaire et l'oddite passa inaperçue derrière la dyskinésie cervico-cystique. Dans un autre cas, il s'agissait initialement d'un empierrement calculeux du cholédoque, masquant également les signes propres d'oddite.

Il semble donc que ces observations plaident en faveur de l'existence de l'oddite dès les premiers troubles.

Plaident également en faveur de la coexistence, dès le début, de l'oddite et des lésions vésiculaires toutes les observations rapportées dans les autres groupes étudiés et notamment dans les 2 groupes précédents.

Un autre argument en faveur de cette hypothèse est d'ordre anatomo-pathologique. En effet, dans 22 cas, le traitement de ces oddites après cholecystectomies a comporté une sphinctérotomie qui s'est accompagnée de biopsie dans 20 cas. Dans tous les cas, l'aspect histologique était celui d'une scléro-dystrophie oddienne importante où dominait souvent la sclérose, alors que des signes d'inflammation ne furent retrouvés que dans 5 cas.

Au contraire, plusieurs arguments plaident contre l'hypothèse d'une oddite développée secondairement. Ainsi, la pratique de cholangiographies post-opératoires tardives systématiques a permis de constater, chez de nombreux opérés des voies biliaires, la constance du bon fonctionnement d'un sphincter d'Oddi initialement normal (58).

Par ailleurs, les expériences de Mallet-Guy chez le chien ont permis de montrer que des états d'hyper ou d'hypotonie oddienne pouvaient exister avant la cholecystectomie et que, par contre, quand le tonus oddien était normal au départ, les perturbations ultérieures étaient rares, même à distance (50).

L'ensemble de ces arguments nous ont conduit à retenir plutôt l'hypothèse d'une oddite "oubliée" ou "méconnue", existant déjà lors de la première intervention.

- Un autre domaine doit retenir notre attention dans l'étude de ces observations, l'association, à ces oddites, d'une lithiase de la voie biliaire principale.

Certes, dans plusieurs cas, dont 3 de 1ère main, il s'agit d'une lithiase oubliée ou méconnue, parce que siégeant dans les voies biliaires hautes ; mais il ne semble pas toujours en être ainsi. Dans 3 de nos observations, des clichés per et post-opératoires permettaient d'éliminer presque à coup sûr une lithiase de la voie biliaire principale. Parallèlement, lors de la deuxième intervention, pratiquée respectivement 5 ans, 9 ans et 11 ans après la première, n'étaient retrouvés que de petits calculs, paraissant jeunes de structure, accompagnés une fois de boue biliaire. Ceci tend à prouver qu'il s'agit là de calculs formés secondairement dans la voie biliaire principale, peut-être à la faveur de la stase provoquée par l'oddite pré-existante.

- Le dernier enseignement à tirer de ces observations concerne encore l'âge avancé et l'état général et biliaire précaires des malades chez qui ont du être pratiquées ces réinterventions.

  - Ceci explique que, si dans 22 cas une sphinctérotomie a été pratiquée, dans 8 cas, on préféra une anastomose cholédoco-duodénale, dans 1 cas le drainage par un drain de Kehr long-temps laissé en place.

  - Ceci explique aussi l'importance relative, dans ce groupe, des complications post-opératoires et des résultats médiocres :

    En dehors, des bons résultats nous devons en effet relever sur 31 cas :

    . 1 décès chez une femme de 89 ans, dans un tableau d'insuffisance pulmonaire et de déséquilibre diabétique.
    . 1 pancréatite aiguë post-opératoire
    . 1 crise d'angiocholite post-opératoire et
    . dans 4 cas, la reprise de phénomènes douloureux de l'hypocondre droit plus ou moins marqués.

Ces résultats nous paraissent constituer une raison supplémentaire pour s'efforcer de faire, dès la première intervention, le diagnostic d'oddite associée et d'en pratiquer d'emblée le traitement.

x

x x

4. - Les oddites chroniques accompagnant une lithiase de la voie biliaire principale sans lithiase vésiculaire.

Elles constituent un petit groupe.

Nous en avons rassemblé 11 cas qui représentent
6,2 % des oddites chroniques et
0,6 % des interventions pour affections biliaires non tumorales.

- Il s'agit de 2 hommes et 9 femmes dont la répartition, en fonction de l'âge, est la suivante :

moins de 30 ans	: aucun
de 31 à 50 ans	: 1 cas
de 51 à 60 ans	: 2 cas
de 61 à 70 ans	: 3 cas
plus de 71 ans	: 5 cas.

Il s'agit donc, autant qu'on puisse en juger sur un groupe aussi peu nombreux, d'une association survenant chez des sujets d'âge déjà avancé.

- Parmi les symptômes révélateurs, on relève dans 4 cas des crises d'angiocholite. Par contre, dans 2 cas, la symptomatologie était réduite à des douleurs de siège plutôt épigastrique, avec irradiation postérieure et surtout ascendante associées à quelques troubles digestifs.

- L'ancienneté des troubles était supérieure à 3 ans dans la moitié des cas.

- Parmi les lésions associées, on relève :

1 réaction pancréatique
1 diverticulose vésiculaire
1 ulcère du duodénum.

- Quant au traitement, il a comporté, associé à la cholecystectomie :

6 fois une sphinctérotomie
4 fois une anastomose cholédoco-duodénale
1 fois un simple drainage prolongé de la voie biliaire principale.

Ce groupe des oddites chroniques avec lithiase isolée de la voie biliaire principale est intéressant sur le plan théorique car, dans ces cas, la lithiase de la voie biliaire principale ne peut être considérée comme une lithiase migratrice (sauf, peut-être, dans un cas où existait une lipoidose vésicale avec un aspect de vésicule fraise).

5. - Les oddites chroniques avec double lithiase de la vésicule et de la voie biliaire principale.

C'est le groupe des cas les plus nombreux.

Nous en avons rassemblé 79 qui représentent

44,8 % des oddites chroniques et
4,8 % des affections biliaires non tumorales.

- Il s'agit de 24 hommes et 55 femmes qui se répartissent, suivant l'âge, de façon banale :

moins de 30 ans	: 3 cas
de 31 à 50 ans	: 16 cas
de 51 à 60 ans	: 24 cas
de 61 à 70 ans	: 19 cas
plus de 71 ans	: 17 cas.

- La symptomatologie de ces malades était diverse :

. dans 14 cas, il s'agissait de crises d'angiocholite
. dans 19 cas de douleurs de l'hypocondre droit ou de la région épigastrique avec troubles digestifs, mais sans jamais d'ictère ou de fièvre.
. dans 30 cas, l'ictère paraissait isolé.
. dans 28 cas, la fièvre et la douleur étaient les seuls signes.

- Ces divers troubles duraient depuis plus de 3 ans dans la moitié des cas étudiés.

- Le traitement a comporté, outre la cholecystectomie :

58 fois une sphinctérotomie
11 fois une anastomose cholédoco-duodénale
1 fois une dilatation de la papille
9 fois un drainage prolongé de la voie biliaire principale.

- Enfin, nous avons relevé quelques associations :

Atrésie du cystique	6 cas
Siphopathie	9 cas
Hernie hiatale	1 cas
Ulcère de l'estomac	2 cas
Réaction pancréatique	3 cas
Diverticule duodénal	2 cas.

On peut donc admettre que, dans ces cas, la lithiase de la voie biliaire principale s'est formée primitivement dans cette voie biliaire principale, à la faveur de la stase provoquée par l'obstacle oddien.

Ceci paraît d'autant plus probable que, dans les 1645 cas d'affections biliaires que nous avons étudiés, nous n'avons pas retrouvé un seul cas de lithiase autonome et isolée de la voie biliaire principale, c'est-à-dire qui ne soit associée ni à un obstacle du bas cholédoque, ni à une lithiase vésiculaire. Cet obstacle est le plus souvent une oddite. Dans 3 cas cependant, il s'est avéré être un diverticule de la fenêtre duodénale se traduisant effectivement à la radiomanométrie comme un obstacle permanent. On peut donc dire, pour schématiser, que la lithiase de la voie biliaire principale est, soit une lithiase migratrice d'origine vésiculaire, soit une lithiase autonome formée sur place, et que, dans ce dernier cas sa formation nécessite l'existence d'un obstacle d'aval sur le bas cholédoque.

Sur le plan pratique cette notion doit conduire à rechercher particulièrement cet obstacle, chaque fois qu'une lithiase de la voie biliaire principale ne paraît pas "migratrice", soit qu'elle soit isolée, soit qu'elle paraisse de nature différente de celle d'une lithiase vésiculaire associée.

x

x x

L'étude des cas de ce groupe appelle plusieurs remarques :

- La première pose le problème de savoir qu'elle est, de la lithiase ou de l'oddite, la lésion primitive de la voie biliaire principale.

  Il est en effet logique de penser que la présence d'un calcul de la voie biliaire principale entraîne une irritation locale et une hypertonie oddienne, qui favorisent la survenue d'une véritable lésion organique.

  Plusieurs arguments plaident au contraire, dans certains cas, pour la pré-existence de l'oddite :

  . d'abord les observations précédemment rapportées d'oddites chez des malades cholecystectomisés, entraînant secondairement une lithiase de la voie biliaire principale.

  . ensuite les données des examens anatomo-pathologiques des biopsies oddiennes. Si l'oddite était secondaire à la lithiase de la voie biliaire principale, par irritation locale et spasme réflexe, on devrait observer des phénomènes inflammatoires prédominants, des altérations muqueuses plus ou moins marquées. Or, les aspects observés sont identiques à ceux que l'on rencontre dans les cas d'oddite plus simple lithiase vésiculaire, le pourcentage des formes inflammatoires est le même.

  . enfin, dans certains cas, la différence même de nature entre les calculs vésiculaires et les calculs de la voie biliaire principale.

Bien que nous n'ayons pas effectué, à titre systématique, l'étude physico-chimique de tous les calculs retirés au cours de nos interventions, nous avons pu relever, dans un certain nombre de cas, des différences qui conduisent à penser que les calculs de la voie biliaire principale ne sont pas des calculs de migration, mais formés sur place.

Ceci paraît d'autant plus vraisemblable, dans 4 des cas étudiés, que, parmi les calculs de la voie biliaire principale, certains siégeaient dans les voies hépatiques hautes et y étaient suffisamment bloqués pour que leur ablation pose des problèmes de technique opératoire. Dans 2 de ces 4 cas, les calculs des voies biliaires hautes étaient les seuls calculs de la voie principale, ce qui rend l'hypothèse d'une irritation locale peu défendable.

On peut donc retenir qu'au moins dans une partie de ces cas, la lithiase de la voie biliaire principale est formée sur place, soit en raison d'une cause locale, l'oddite par exemple, soit en raison d'une cause générale, responsable d'une précipitation, et dans la vésicule et dans la voie biliaire principale. On peut évoquer, ici, par exemple, les modifications physico-chimiques de la bile.

- la deuxième remarque que suggère ce groupe est, en effet, liée à sa confrontation avec l'ensemble des lithiases de la voie biliaire principale. Ces 79 cas de lithiases avec oddite chronique font partie d'un groupe de 250 lithiases de la voie biliaire principale (soit environ un tiers).

  Ceci veut dire que, dans 2 cas sur 3, il faut envisager à l'origine de la lithiase de la voie biliaire principale, soit une migration à partir de la vésicule, soit une cause générale responsable d'une précipitation diffuse dans tout l'arbre biliaire et que, dans 1 cas sur 3, à côté de ces deux étiologies, existe un obstacle du bas cholédoque associé.

x

x x

6. - Les oddites chroniques avec pancréatites chroniques associées.

Nous les avons étudiées dans le cadre d'un dernier groupe tout à fait à part.

A propos de ce groupe deux remarques préalables s'imposent :

- d'abord, la constitution de ce groupe est particulière puisqu'il comprend, d'une part des observations déjà classées dans les autres groupes étudiés, d'autre part des observations où dominent l'histoire et la symptomotologie pancréatique. C'est pourquoi nous n'avons pas fait entrer ce groupe dans la statistique générale.

- ensuite, nous avons volontairement exclu de cette série toutes les observations de pancréatite aiguë, car, dans ces cas, il est exceptionnel qu'une exploration biliaire complète puisse être pratiquée dans l'immédiat.

Ainsi défini, ce groupe comprend 24 cas, rassemblés entre 1952 et août 1974. Pendant la même période, nous avons relevé 86 cas de pancréatite chronique, de sorte que les oddites chroniques associées représentent 29 % des observations de pancréatite chronique.

- Il s'agit de 13 hommes et 11 femmes, habituellement assez jeunes, comme le montre le tableau suivant :

moins de 30 ans	: 1 cas
de 31 à 50 ans	: 10 cas
de 51 à 60 ans	: 7 cas
de 61 à 70 ans	: 4 cas
plus de 71 ans	: 2 cas,

le maximum des cas se situant, de façon très nette, vers la cinquantaine.

- Dans 12 cas sur 24, les signes biliaires étaient au premier plan, et dans les antécédents et dans les troubles récents. Dans les 12 autres cas, au contraire, dominaient les signes pancréatiques.

- Ces troubles étaient plus ou moins anciens, mais, dans la moitié des cas, l'ancienneté ne dépassait pas 3 ans.

- Les lésions biliaires associées, outre l'oddite chronique, se répartissaient comme suit :

  - lithiase vésiculaire 10 cas
  - lithiase de la voie biliaire principale 1 cas
  - lithiase associée de la vésicule et de la voie biliaire principale 4 cas
  - siphopathie 2 cas
  - cholecystite non lithiasique 7 cas.

- Par ailleurs, nous avons relevé, avec une particulière fréquence, certaines associations :

  - Hernie hiatale 5 cas
  - Ulcère duodénal 3 cas
  - Cancer de l'antre gastrique 1 cas.

- Quant au traitement, il a comporté :

  - 17 fois une sphinctérotomie avec, le plus souvent, un double drainage, cholédocien à la Voelker, Wirsungien à la Doubilet
  - 2 fois une anastomose cholédoco-duodénale (il s'agit de malades de 70 ans, opérés en 1973)
  - 4 fois un drainage de la voie biliaire principale (drain de Kehr ou drain trans-cystique)
  - 1 fois un drainage par cholecystostomie, devant le mauvais état général du malade.

L'étude de ces observations soulève plusieurs problèmes :

- Le premier est diagnostic, tant il est vrai qu'un certain nombre d'éléments sont ici bien difficiles à interpréter, et à retenir en faveur d'une oddite.

  - Dans notre série, nous avons retenu, comme arguments diagnostiques :

    - les antécédents et la symptomatologie, essentiellement biliaires, alors que les éléments pancréatiques étaient relativement discrets et récents, dans 12 cas.
    - des éléments à l'étude radiomanométrique de la voie biliaire principale, suffisamment évocateurs pour conduire à une duodénotomie dans 9 cas.

- Dans 1 cas, il est impossible de se prononcer.

- Dans les 16 autres cas, les lésions biliaires semblent primitives. Dans 12 de ces cas, en effet, les signes biliaires sont anciens, sans signe clinique ou biologique pancréatique associé. Dans 1 cas, il s'agit même de poussées d'angiocholite isolée, se répétant depuis 12 ans ! De même, dans 15 cas, existent des calculs, soit vésiculaires, soit cholédociens, parfois anciennement connus. A ces troubles et lésions biliaires ne s'associent, par ailleurs, que des lésions de pancréatites inflammatoire dans 6 cas.

On peut donc conclure qu'il est des cas où une pancréatite chronique typique s'accompagne d'une réaction oddienne, soit que la papille participe aux phénomènes inflammatoires pancréatiques, comme semblent l'indiquer parfois les lésions anatomo-pathologiques, soit que la compression et l'irritation cholédocienne provoquent une réaction spastique prolongée, puis une lésion organique du sphincter d'Oddi.

Dans ces cas, nous l'avons évoqué, la lésion oddienne pourrait être considérée comme temporaire. Il nous paraît cependant qu'elle doit justifier un geste chirurgical propre, le plus souvent.

En effet, dans une de nos observations, ou s'associaient une pancréatite calcifiante et une oddite inflammatoire, avec lithiase vésiculaire et où le geste chirurgical sur les voies biliaires se borna à une choleystoctomie, avec évacuation des calculs et drainage prolongé, nous dûmes réintervenir, un an plus tard, pour traiter par sphinctérotomie, l'oddite "négligée".

Par ailleurs, compte-tenu des difficultés et de la longueur du traitement de la pancréatite chronique, n'est-il pas souhaitable, quand le retentissement sur la voie biliaire principale est important, d'effectuer d'emblée un geste radical ?

Cette attitude doit bien sûr tenir compte des risques opératoires ; nous y reviendrons.

On peut également conclure que, parfois, une oddite chronique peut retentir sur le pancréas. Ceci paraît logique, puisque l'on peut observer, à la radiomanométrie per-opératoire, des reflux dans le canal de Wirsung, avec dilatation de ce canal et cela pour des pressions de perfusions proches des pressions physiologiques.

- une papillite macroscopique, constatée à l'exploration per-opératoire par duodénotomie, et une impossibilité de cathetériser la papille, dans 16 cas.

- enfin, dans 6 cas, ce n'est que l'examen macroscopique a posteriori, qui apporta le diagnostic, alors que la sphinctérotomie fut faite, soit pour dégager un calcul enclavé du bas cholédoque (4 cas), soit pour assurer le drainage du Wirsung et du cholédoque, à titre tactique.

- On voit donc que le diagnostic est ici bien délicat, et ceci d'autant plus que l'on peut se demander si, dans ces cas, la lésion constatée est bien une lésion organique propre et durable, ou si, au contraire, elle n'est qu'un des éléments, temporaire, d'un syndrome pancréatico-biliaire résolutif.

- En effet, l'examen histologique a révélé, dans 8 cas sur 16 examens pratiqués, un aspect d'oddite scléro-inflammatoire et l'importance, tant numérique que qualitative de cet élément inflammatoire, est particulière à ce groupe. De même, dans 4 cas, la sténose oddienne a paru organo-fonctionnelle, en partie labile, et c'est pourquoi n'a été pratiqué qu'un drainage par drain de Kehr.

- Sont , par contre, en faveur d'une scléro-dystrophie oddienne stable : les 8 cas anatomo-pathologiques d'oddite scléreuse typique ; la nécessité de maintenir longtemps le drainage externe de la voie biliaire principale, malgré le traitement, dans 3 de nos cas ; la persistante en cholangiographie de contrôle d'éléments en faveur d'une oddite ; enfin, l'association, dans 5 cas, d'une lithiase de la voie biliaire principale, manifestement plus ancienne que les troubles pancréatiques.

- Ces remarques conduisent à évoquer le deuxième problème que posent ces associations d'oddites et de pancréatites chroniques, celui de la préexistance et du déterminisme d'une affection par rapport à l'autre.

- Dans 7 de nos 24 observations, l'affection pancréatique paraît primitive. Il s'agit de cas de poussées de pancréatite à rechutes, durant depuis plusieurs années parfois, (plus de 3 ans dans 4 cas), de pancréatite calcifiante dans 3 cas. Dans 2 cas, ces pancréatites ont même donné lieu à des poussées subaiguës. Dans tous ces cas, enfin, les signes biliaires apparaissent récents, ne s'accompagnant de lithiase vésiculaire que dans 1 cas, les lésions anatomo-pathologiques du sphincter d'Oddi de type scléro-inflammatoire.

Cela peut d'ailleurs s'expliquer quand existe un canal d'abouchement, commun au cholédoque et au Wirsung, et quand la scléro-dystrophie oddienne semble toucher le sphincter commun en aval.

Ces cas, bien que relativement peu nombreux, nous semblent constituer une raison supplémentaire de ne pas négliger la recherche et le traitement d'une oddite chronique au cours de toute affection biliaire.

x

A propos de notre dernier groupe, étudié à part, nous voulons enfin évoquer le traitement pratiqué et ses résultats, n'envisageant ici que le geste chirurgical appliqué à l'oddite.

. 17 sphinctérotomies oddiennes ont été pratiquées, soit pour dégager un calcul enclavé du bas cholédoque, soit à titre de traitement propre de l'oddite chronique.
    . 12 fois fut associé à cette sphinctérotomie un drainage du canal de Wirsung, selon la technique de Doubilet.
    . 5 fois fut réalisé un double drainage du Wirsung à la Doubilet, du cholédoque à la Voelker.
    . 2 fois fut associé un drainage du Wirsung, un drainage haut du cholédoque par drain de Kehr ou drain transcystique.
    . 5 fois le drainage haut du cholédoque fut seul associé à la sphinctérotomie.

x

Nous avons pu recueillir 11 bons résultats, avec un recul de 5 ans, 10 ans et jusqu'à 12 ans, dans 2 cas.

. Un malade, ayant eu des suites immédiates simples fut perdu de vue à 3 mois.
. Dans 4 cas, le résultat fut bon dans la première année, mais les troubles pancréatiques réapparurent secondairement (douleurs épigastriques à irradiations postérieures • amaigrissement). Deux de ces cas correspondent à des pancréatites calcifiantes initiales, un troisième à une atteinte étendue de tout le pancréas.
. Nous avons enfin dû déplorer un décès, par pancréatite aiguë post-opératoire. Il s'agissait d'une femme ayant fait une pancréatite aiguë hémorragique et nécrosante, 24 ans auparavant et ayant présenté depuis des poussées itératives de pancréatite subaiguë.

x

- A côté de ces 17 sphinctérotomies, par 2 fois l'âge avancé (plus de 70 ans) et l'état général des malades conduisirent à une anastomose cholédoco-duodénale. Dans les 2 cas, le résultat est actuellement bon, mais nous n'avons encore qu'un recul d'un an.

- Dans 4 cas, on se borna à un drainage de la voie biliaire principale, soit par drain de Kehr (2 cas), soit par un drain transcystique, parce qu'il ne semblait s'agir que d'une oddite réactionnelle organo-fonctionnelle.

  Les résultats, bons, même à distance, confirmèrent le bien-fondé de cette appréciation.

- Dans 1 cas, enfin, on dut se limiter à une cholecystoctomie, en raison de l'état de la malade. Le résultat fut bon à 1 an, mais la réapparition des troubles, évoquant une oddite "oubliée", dut conduire à une réintervention pour sphinctérotomie.

x

x x

CHAPITRE III

SYNTHESE

UNITE FONCTIONNELLE DE L'APPAREIL BILIAIRE

Il nous faut, à présent, tirer les conclusions d'ensemble de ces observations.

1° - La première concerne le pourcentage global des oddites chroniques par rapport à l'ensemble des interventions pour affection biliaire non tumorale. Dans notre série, il est de 10,7 % (tableau I).

Voici rassemblés les chiffres recueillis dans la littérature concernant la fréquence des oddites.

Arianoff (I)	1968	12 à 21 %	
Debelut (23)	1971	3 %	1700 cas
Hess (36)	1961	29 %	
Kourias (40)	1969	3,8 %	3556 cas
Olivier (52)	1961	33,5 %	
Stalport (67)	1961	2 %	
Yvergneaux (69)	1974	5,7 %	1150 cas

On peut s'étonner de la discordance de ces chiffres. En fait, cette discordance s'explique en partie par la différence de méthodes et d'interprétation entre les auteurs.

Ainsi, par exemple, le chiffre avancé par M. Olivier concerne, semble-t-il, des sphincters infranchissables par le dilatateur de Bakes de 4 mm, alors qu'il ne trouve plus que 10 % de sténoses oddiennes en se fondant sur des critères radiomanométriques.

Cette discordance semble également pouvoir tenir à la date de publication des chiffres. Il semble bien, en effet, que, dans l'ensemble, les chiffres les plus élevés soient les plus anciens. Nous verrons d'ailleurs (tableau 2) que, dans notre série, le pourcentage tend également à diminuer d'années en années.

A ceci, nous voyons deux raisons :

- d'abord, l'amélioration des techniques d'exploration et une meilleure connaissance de cette pathologie ont permis de mieux distinguer les scléro-dystrophies oddiennes organiques des sténoses fonctionnelles ou mixtes transitoires.

- ensuite, les malades opérés semblent actuellement plus jeunes et, surtout, présenter une histoire clinique moins longue au moment de leur intervention. On peut alors admettre que l'intervention a empêché l'évolution des troubles oddiens jusqu'au stade de scléro-dystrophie serrée.

2° - La deuxième conclusion générale concerne les pourcentages relatifs de cchacun des groupes dans l'ensemble des oddites chroniques (tableaux I et II).

S'il est bien évident que dominent les oddites chroniques avec double lithiase vésiculaire et cholédocienne associée, nous voudrions insister sur 2 chiffres :

- celui, d'abord, des oddites sans lithiase de la voie biliaire principale, regroupant les oddites "pures" (5,1 %) et les oddites avec seule lithiase vésiculaire (26,7 %) soit en tout 31,8 % des oddites chroniques.

  Autrement dit, près de 1 oddite sur 3 ne s'accompagne d'aucune autre lésion de la voie biliaire principale, d'où, d'une part le risque de méconnaître l'oddite en l'absence de radiomanométrie, d'autre part, l'intérêt théorique, puisque l'on peut être sûr que, dans au moins 1 cas sur 3, la scléro-dystrophie oddienne ne peut être attribuée à une irritation locale.

- le pourcentage des oddites chez les malades cholecystectomisés mérite également une mention particulière. Il est élevé : 17,8 % des oddites et 1,7 % des interventions biliaires, ce dernier chiffre rejoignant celui publié par Yvergneaux et coll. (69)

  Si l'on admet que l'oddite existait déjà lors de la première intervention, ce qui est vraisemblable, nous l'avons vu, ceci conduit à penser que trop souvent encore le diagnostic n'est pas porté lors de la première intervention ou n'a pas entraîné de geste thérapeutique adéquat.

TABLEAU I

REPARTITION GENERALE DES ODDITES		soit, sur 1645 interventions biliaires	soit, sur 176 oddites
ODDITE PURE	9	0,5 %	5,1 %
ODDITE + L. V.	47	2,8 %	26,7 %
ODDITE DES CHOLECYSTECTOMISES	31	1,7 %	17,8 %
ODDITE + L.V.B.P.	11	0,6 %	6,2 %
ODDITE + L.V.B.P. + L.V.	79	4,8 %	44,8 %
TOTAL ODDITES	176	10,7 %	

TABLEAU II

REPARTITION DES ODDITES EN 2 SERIES CHRONOLOGIQUES

	1952 - 1961			1962 - 1974		
		% interv biliaires	% oddites		% interv biliaires	% oddites
ODDITE PURE	5	0,6 %	5,3 %	4	0,4 %	4,8 %
ODDITE + L. V.	31	4,1 %	33,3 %	16	2 %	19,2 %
ODDITE DES CHOLECYSTECTOMISES	14	1,8 %	15 %	17	1,9 %	20,4 %
ODDITE + L.V.B.P.	3	0,4 %	3,2 %	8	0,8 %	9,6 %
ODDITE + L.V.B.P. + L. V.	41	5,2 %	44 %	38	4,2 %	45,7 %
TOTAL ODDITES	93	12,4 %		83	9,2 %	
TOTAL INTERVENTIONS BILIAIRES	750			895		

3° • Une troisième conclusion est en rapport avec les modifications de ces pourcentages, relatifs et généraux, entre les deux sous-séries que nous avons établies (tableau II).

• sur le plan général, le pourcentage des oddites chroniques passe de 12,4 % des interventions biliaires, entre 1952 et 1961, à 9,2 %, entre 1962 et août 1974. Nous en avons déjà donné deux explications possibles.

• il est toutefois étonnant de constater que cette diminution du nombre des oddites semble surtout porter sur des oddites ne s'associant à aucune autre lésion de la voie biliaire principale, alors qu'augmentent, au contraire, les oddites associées à une lithiase de la voie principale et les oddites des cholecystectomisées.

• cependant, si l'on considère les pourcentages relatifs à l'ensemble des interventions biliaires, il faut reconnaître que ces chiffres varient peu et ceci confirme, s'il en était besoin, l'homogénéité de notre série.

4° • Envisageons à présent la répartition de nos malades en fonction de l'âge et du sexe (tableau 3)

• il s'agit de 42 hommes et 134 femmes, et cette proportion, retrouvée dans toutes les séries publiées, est grossièrement celle rencontrée dans les lithiases biliaires.

• il s'agit aussi de malades relativement âgés, comme le montre le diagramme. En effet, plus de 3 malades sur 4 ont plus de 50 ans et le nombre des malades jeunes (moins de 30 ans) est très petit (5 cas).

. Ceci concorde avec la conception anatomo-pathologique de l'affection, qui en fait un processus de vieillissement, une scléro-dystrophie progressive.

. Ceci explique aussi les difficultés thérapeutiques parfois rencontrées chez ces malades âgés, à l'état général parfois médiocre.

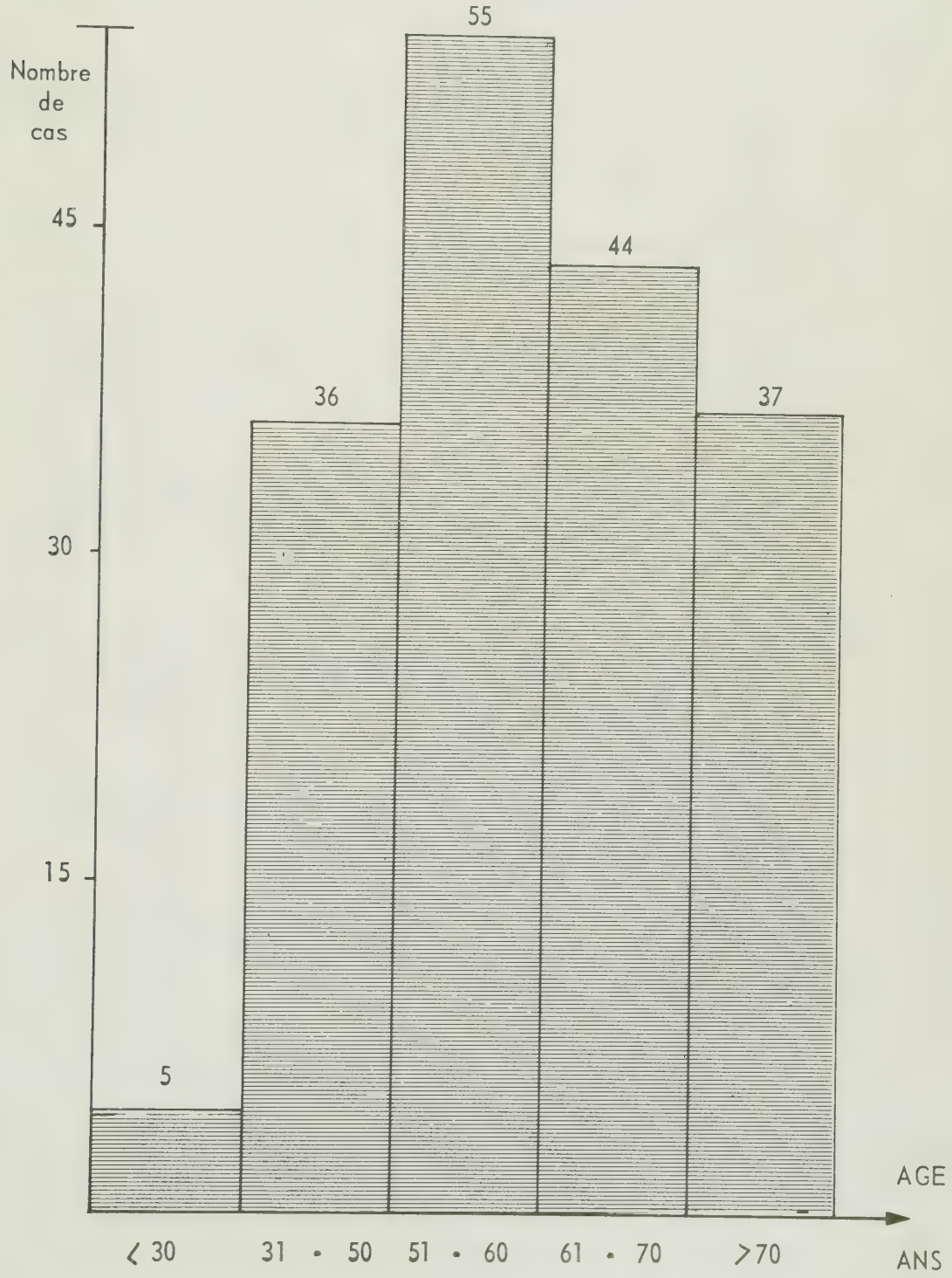
5° • Rend également compte de l'affaiblissement général de ces malades, l'ancienneté de leur troubles :

• moins de 1 an : 28 cas
• de 1 à 3 ans : 48 cas
• plus de 3 ans : 100 cas.

TABLEAU III

REPARTITION DES ODDITES CHRONIQUES EN FONCTION DE L'AGE

(42 hommes et 134 femmes)



Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que ces troubles étaient surtout anciens dans les oddites des cholecystectomisés et dans les oddites avec lithiase de la voie biliaire principale, comme s'il existait une sorte de progression avec différents stades évolutifs successifs, depuis les formes sans lithiase jusqu'aux formes complètes avec double lithiase.

Cette ancienneté importante des troubles est également un argument de plus en faveur d'une lésion de dégénérescence progressive du sphincter d'oddi, favorisée par un état de souffrance prolongé de l'arbre biliaire.

6° • Sur le plan clinique, sans revenir en détail sur les différents symptômes révélateurs, nous voudrions insister sur la fréquence et l'importance du syndrome angiocholitique.

Nous l'avons retrouvé au premier plan des troubles et de l'histoire clinique 41 fois, c'est-à-dire près de 1 fois sur 4.

Certes, dans 25 cas, une lithiase de la voie biliaire principale suffisait à l'expliquer, mais, dans les 16 autres cas, la scléro-dystrophie oddienne constituait le seul obstacle sur la voie biliaire principale.

L'existence de ces poussées d'angiocholites à répétition nous paraît un argument irréfutable pour l'existence de sténoses oddiennes chroniques et pour la nécessité d'un geste chirurgical de drainage définitif de la voie biliaire principale.

7° • Nous voudrions enfin, à la lumière des observations précédentes, essayer de dégager une conception d'ensemble de la pathologie oddienne et biliaire en général.

Les troubles constatés, qu'ils soient le plus souvent lithiasiques ou non lithiasiques, nous paraissent relever de deux ordres de causes, d'ailleurs souvent intriquées :

- des causes générales, qui sortent du cadre de notre étude, et conduisent à des modifications physico-chimiques de la bile, favorisant la lithiase.

- des causes locales, constituant un facteur de ralentissement, voire d'arrêt, du flux biliaire, responsable ainsi d'infection et de précipitation lithiasique.

Ces causes locales affectent deux régions anatomiques particulières des voies biliaires : le siphon vésiculaire et le sphincter d'Oddi.

. Au niveau du siphon vésiculaire, s'il ne semble pas que le sphincter décrit par Lutkens ait une réalité physiologique certaine, la disposition anatomique en "S", avec les deux valvules qu'elle crée, suffit à expliquer le mécanisme particulier du remplissage et de l'excrétion vésiculaire et la possibilité de troubles de l'évacuation, auxquels Ch. Debray et M. Roux ont proposé de donner le nom générique de "siphopathies".

. Au niveau de la région oddienne existe un ensemble musculaire important, dont le rôle sphinctérien physiologique est indiscutable et qui comporte :

- un sphincter propre du cholédoque
- un sphincter propre du canal de Wirsung
- un sphincter commun enfin, disposé autour de l'ampoule de Vater, du canal commun ou des deux canaux biliaire et pancréatique, selon la disposition anatomique particulière, dans l'épaisseur de la papille.

Ces deux régions anatomiques peuvent constituer un obstacle, soit fonctionnel et temporaire, soit organique et permanent, soit organo-fonctionnel et encore réversible.

Au niveau du sphincter d'Oddi, qui seul nous intéresse ici, plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer la constitution d'un obstacle.

Pour expliquer, tout d'abord, les troubles et lésions constatés chez des sujets très jeunes, on a invoqué la possibilité de sténose congénitale de la papille (61). Si nous avons, dans notre série, quelques rares cas où cette hypothèse semble pouvoir être retenue, il s'agit néanmoins d'exceptions.

Le plus souvent, nous l'avons vu, l'âge des malades, l'ancienneté de leurs troubles et la nature anatomo-pathologique des lésions conduisent plutôt à évoquer une dégénérescence par vieillissement du sphincter d'Oddi.

Cette dernière hypothèse, prise isolément, ne rend cependant pas compte de la possibilité de troubles fonctionnels ou organo-fonctionnels qui nous paraissent bien être les premiers stades d'une scléro-dystrophie oddienne évolutive.

C'est pourquoi, à côté du simple vieillissement d'une zone musculaire, il nous faut envisager les éléments qui peuvent retentir sur le sphincter d'Oddi et en favoriser l'altération.

Le jeu du sphincter d'Oddi semble soumis physiologiquement à trois sortes d'influences :

- Hormonale et chimique d'abord.

L'arrivée d'un chyme acide, dans la portion initiale de l'intestin grêle, déclenche la stimulation de chémorécepteurs oddiens et provoque la sécrétion d'hormones duodénales. La cholecystokinine, par exemple, a pour effet, outre la contraction vésiculaire, de relâcher le sphincter d'Oddi. La régulation hormono-chimique du jeu oddien est encore mal connue, mais l'influence du régime alimentaire sur la pathologie biliaire indique qu'elle doit jouer un grand rôle.

- Nerveuse et autonome ensuite.

On sait que les voies biliaires sont entourées par un riche plexus biliaire, à l'édification duquel participent splanchniques et pneumogastriques. Au sein de ce plexus semblent se propager des réflexes courts, établissant des "corrélations cholecysto-oddiennes" Vayre (68). Ainsi, l'irritation chronique de la vésicule par une lithiase, par exemple, pourrait provoquer une hypertonie oddienne prolongée conduisant, après des années d'évolution, à une lésion organique.

- Influence nerveuse extrinsèque enfin.

La participation des pneumagastriques et des splanchniques au plexus biliaire conduit à envisager la possibilité d'un retentissement biliaire des dystonies vagales ou splanchniques. On connaît la variété des stimuli, en particulier alimentaires, qui retentissent sur le fonctionnement de ces nerfs. On connaît aussi leur rôle dans la pathologie gastrique et pancréatique. Il est logique de penser qu'ils jouent également un rôle dans la pathologie biliaire. Michel Germain, dans sa thèse, a montré les effets de la vagotomie tronculaire sur le tonus oddien. A l'opposé, il est vraisemblable qu'un fonctionnement pathologique de ces voies nerveuses peut entraîner des modifications au niveau des zones innervées.

L'ensemble de ces mécanismes rend compte de troubles fonctionnels et pourrait, à notre sens, expliquer, après des années d'évolution, l'apparition de troubles organiques. Tout le problème est donc de savoir faire la part du fonctionnel et de l'organique, car de cette distinction dépend l'indication thérapeutique.

x

x x

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les méthodes utilisées sont au nombre de quatre :

1. - Le traitement médical.

Celui-ci ne s'adresse, bien évidemment, qu'à une oddite "pure", sans lithiase associée, qu'elle soit primitive ou "oubliée" au cours d'une cholecystectomie.

Il ne peut certes agir sur la cause de la maladie, mais sur ses symptômes et les phénomènes transitoires éventuels les majorant. Il fait appel (Ch. Debray (19) :

- aux antispasmodiques
- aux cholérétiques et cholecystokinétiques, qui ont un effet favorable, malgré l'augmentation du débit biliaire, parce qu'ils ouvrent l'écluse oddienne.
- aux anticholérétiques, qui diminuent et régularisent le flux biliaire.

Ces trois types de traitement sont utilisés par cures alternées, en adaptant la thérapeutique aux réactions du malade.

Il faut y associer le traitement des affections concomitantes, dont nous avons vu la fréquence : hernie-hiatale, dystonie neuro-végétative, gastro-duodénite ou ulcère. Plusieurs fois le traitement de ces troubles améliora les phénomènes attribués à l'oddite.

Il est difficile, dans cette étude, d'évaluer les résultats de ce traitement médical, puisque les malades étudiés correspondent à des échecs de ce traitement.

Il semble cependant que, dans quelques-uns des cas de notre série, où le traitement chirurgical de l'oddite se borna à un drainage externe de la voie biliaire principale et où, par la suite, une oddite résiduelle motiva un traitement purement médical, celui-ci permit une amélioration suffisante pour récuser une réintervention.

Par ailleurs, l'échec d'un traitement médical soigneux et poursuivi plusieurs mois a constitué, dans notre série, l'une des trois conditions pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale pour oddite "pure". (Les deux autres conditions étant l'existence d'un syndrome clinique et radiologique net).

x

2. - La sphinctérotomie.

Parmi les méthodes chirurgicales, la sphinctérotomie oddienne est le geste le plus logique, puisqu'il agit directement sur la cause des troubles. Rettori en a défini les bases anatomiques dans sa thèse (57).

. La technique utilisée, pour l'ensemble des malades de notre série, fut toujours identique dans ses éléments principaux (69). Elle comprend successivement :

- l'introduction, par cholédocotomie ou par le moignon cystique, d'un catheter en "S" ou d'un dilatateur de Bakes, permettant de localiser la grande caroncule au toucher, à travers la paroi duodénale.

- une courte duodénotomie, à ce niveau

- le contrôle avec les dilatateurs de Bakes du diamètre de la papille.

- le passage de fils d'amarrage dans le tissu musculo-fibreux de la papille, permettant une section bien orientée, au pôle supérieur de la papille. Dans les cas difficiles, on peut s'aider du tire-papille de Longuet et d'une petite section préliminaire au bistouri à lame mince.

- la sphinctérotomie elle-même est précise et "mesurée" (Barraya). Elle porte sur le sphincter commun et la partie inférieure du sphincter propre du cholédoque. Elle fut, le plus souvent, réalisée avec le sphinctérotome emporte-pièce, permettant l'enlever et de confier à l'anatomo-pathologiste un fragment de 10 à 12 mm de long, comprenant les muqueuses duodénale et cholédocienne réunies au bord de la papille, et les fibres musculaires précitées.

- les muqueuses cholédocienne et duodénale sont alors suturées par 5 à 6 points de catgut chromé très fins pour éviter que la cicatrisation ne réalise un granulome inflammatoire.

• à cette sphinctérotomie fut par ailleurs toujours associé un drainage de la voie biliaire principale. Le plus souvent il s'est agi d'un drainage transcystique ou par drain de Kehr. Quelques malades, au début de notre série, ont été drainés par un drain de Champeau, dont la branche inférieure est trans-papillaire, mais cette technique fut rapidement abandonnée.

Nous avons vu par ailleurs, notamment dans le groupe des oddites avec pancréatites chroniques, que le drainage trans-duodénal, selon Voelker, fut utilisé quelquefois, souvent associé à un drainage du canal de Wirsung, selon la méthode de Doubilet.

Les variations de techniques, rares, rencontrées dans notre série, tiennent essentiellement aux cas d'espèce. C'est ainsi, par exemple, que la sphinctéroplastie, par adossement des muqueuses duodénales et cholédociennes, ne fut pas réalisée complètement dans 24 cas. Dans ces cas, en effet, l'orifice du canal de Wirsung n'ayant pu être repéré, on préféra ne pas risquer de le prendre dans l'un des points.

. L'indication de la sphinctérotomie fut portée :

68 fois, pour oddite associée à une lithiase de la voie biliaire principale,
59 fois, pour oddite organique sans lithiase de la voie biliaire principale,

soit au total 127 fois. Nous voyons donc portée l'indication de sphinctérotomie oddienne pour oddite, isolée ou associée, dans 7,7 % des cas d'interventions biliaires. Sans revenir sur la fréquence des sphinctérotomies dans les différents groupes étudiés, nous voudrions retenir sa fréquence dans le cadre des réinterventions biliaires.

. Les complications de la sphinctérotomie oddienne ne paraissent pas très fréquentes, mais sont souvent graves, en partie à cause du terrain sur lequel elles surviennent.

. Dans notre série nous avons relevé 7 décès que nous voudrions analyser brièvement :

1°) Mme P..... 48 ans (1952)

Réintervention, 5 ans après une cholecystostomie pour lithiase vésiculaire associée à une oddite.
Cholecystectomie + sphinctérotomie + drainage à la Voelker.
Décédée par erreur de réanimation (O.A.P.)

2°) Mme D..... 59 ans (1957)

Intervention pour lithiase vésiculaire et cholédocienne associée à une oddite.

Perturbations hépatiques pré-opératoires importantes.

Décédée au 3° jour, dans un tableau de coma hépatique hémorragique et hyperthermique.

3°) M. A..... 55 ans (1958)

Décès au 4° jour par embolie pulmonaire, survenant chez un malade obèse, alors que les suites étaient normales.

4°) Mme B..... 69 ans (1958)

Cholecystectomie + sphinctérotomie + drain de Kehr pour oddite avec lithiase de la voie biliaire principale.

Fistule biliaire externe + pancréatite.

Réintervention : anastomose cholédoco-duodénale + gastro-entérostomie.

Péritonite par lâchage de la gastro-enterostomie.

Décès.

5°) Mme J..... 89 ans (1960)

Réintervention pour oddite et lithiase de la voie biliaire principale résiduelle chez une diabétique très âgée.

Décès au 3° jour, en insuffisance pulmonaire, déséquilibre diabétique.

6°) Mme B..... 67 ans (1964)

Fistule cholédoco-duodénale par perforation d'un ulcère du duodénum dans le cholédoque.

Sphinctérotomie + Dragsted + gastro-enterostomie.

Décès, au 2° jour, par embolie pulmonaire vérifiée à l'autopsie.

7°) Mme A..... 48 ans (1966)

Pancréatite aiguë hémorragique ancienne, poussées de pancréatite subaiguë à répétition. Oddite + lithiase vésiculaire.

Cholecystectomie, sphinctérotomie, drain trans-cystique.

Décès par pancréatite aiguë au 2° jour.

Au total, 2 décès sont en rapport avec une embolie pulmonaire précoce, 1 avec un oedème aigu du poumon.

Par ailleurs, dans 1 cas, l'âge et l'état général sont en cause, dans 1 autre les perturbations hépatiques ont conduit au coma hépatique mortel.

Dans 2 des cas précédents, il s'agissait, en plus, d'une réintervention sur les voies biliaires.

Enfin, dans 2 cas, il faut retenir la survenue ou la réapparition d'une pancréatite aiguë nécrosante post-opératoire.

. A côté de ces 7 décès, nous avons relevé comme complications :

Des complications générales d'abord :

2 embolies pulmonaires curables
2 phlébites
1 actélectasie post-opératoire résolutive

Des complications locales ensuite :

1 abcès de paroi
2 abcès sous-phréniques, malgré le drainage sous-hépatique mis en place à titre systématique. L'un d'eux s'accompagna d'une fistule duodénale grave, mais qui a pu guérir par lachage de la duodénotomie.
1 pancréatite aiguë curable.

. Les résultats à distance de la sphinctérotomie oddienne ont été étudiés au cours de consultations répétées d'une part, et à l'aide de questionnaires envoyés aux malades d'autre part.

Les critères retenus sont cliniques et cholangiographiques, Sur le plan clinique nous avons étudié particulièrement :

- les phénomènes douloureux
- l'alimentation avec ou sans régime
- la qualité de la digestion et le transit

- la courbe pondérale
- la température
- l'existence éventuelle d'une thérapeutique post-opératoire nécessaire.

Sur le plan radiologique, une cholangiographie post-opératoire fut réalisée 43 fois. Nous y avons apprécié :

- la diminution relative du diamètre de la voie biliaire principale, ou plus exactement du rapport

$$\frac{C}{V} \left(\frac{\text{largeur du cholédoque}}{\text{largeur du } 2^{0} \text{ corps vertébral lombaire}} \right)$$

- la rapidité du passage duodénal et de la vidange de la voie biliaire principale

- l'existence éventuelle d'un pneumo-cholédoque.

Nous avons par ailleurs, recherché, sur des transits barytés duodénaux, l'existence d'un reflux duodéno-cholédocien, dans le cas où la symptomatologie résiduelle avait fait pratiquer cet examen.

Ces critères, cliniques et radiographiques, nous ont permis de retrouver, sur 127 sphinctérotomies pour oddite, isolée ou associée à une lithiase de la voie biliaire principale :

2 mauvais résultats :

des angiocholites résiduelles, dont l'une d'elle s'explique manifestement par un mauvais fonctionnement de la sphinctérotomie, comme le montrent le reflux duodéno-cholédocien au transit baryté et la stase secondaire.

5 résultats médiocres, avec, diversement associés :

des douleurs de l'hypocondre droit plus ou moins franches, des digestions longues, un transit perturbé avec diarrhée ou au contraire constipation. Dans ces 5 cas, des précautions alimentaires sont nécessaires. Dans 4 de ces cas, un traitement médical discontinu est prescrit.
Dans aucun de ces cas toutefois, n'a été constaté de fièvre ou d'ictère post-opératoire.

8 résultats passables :

dans ces cas, n'existe de façon épisodique et relativement peu fréquente, qu'un élément clinique discordant, la douleur le plus souvent. L'examen radiologique est normal. Ces malades ne suivent de façon habituelle aucun régime ni aucun traitement et restreignent simplement leur alimentation de façon temporaire, à la suite d'une crise.

97 malades, enfin ont un bon résultat fonctionnel.

x

Nous n'avons retenu, dans cette étude, que les résultats appréciés au moins 1 an après l'intervention.

Mais, chez des malades revus avec un recul de 5 et même 10 ans, nous avons pu constater que le résultat initial semblait, d'une façon générale, se maintenir au cours des années.

TABLEAU IV : RESULTATS DES SPHINCTEROTOMIES POUR ODDITES

127	Sphinctérotomies pour oddite isolée ou associée à une lithiase de la voie biliaire principale
- 7	Décès (5,4 %)
- 8	Malades perdus de vue ou dont le recul dans l'appréciation des résultats est inférieur à 1 an.
112	Malades suivis au delà de 1 an
97	Bons résultats (80 % des résultats connus)
8	Résultats passables
5	Résultats médiocres
2	Mauvais résultats

x

En conclusion, nous pouvons donc dire que la sphinctérotomie oddienne constitue un geste chirurgical dont les résultats à distance sont bons. Cette notion se retrouve d'ailleurs dans d'autres statistiques (45).

Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une chirurgie lourde, exposant des malades, souvent âgés et fatigués, à des complications graves, imprévisibles et quelquefois mortelles.

J. Hepp et H. Bismuth, en regroupant 1750 sphinctérotomies oddiennes pratiquées dans plusieurs services hospitaliers, ont retrouvé les mêmes complications dans des proportions peu différentes de celles que nous avons constatées dans notre série (9).

La gravité de ces complications et les difficultés de leur traitement, notamment chez des sujets âgés, conduisent à envisager une troisième méthode thérapeutique.

x

3. - L'anastomose bilio-digestive en amont de l'obstacle oddien.

Elle ne traite pas directement la cause des troubles, mais permet d'assurer un écoulement facile de la bile dans le duodénum.

Sa réalisation, rapide et simple, n'expose pas aux risques de pancréatite post-opératoire. Son bon fonctionnement exige seulement un bon calibre de la voie biliaire principale, ce qui est en général le cas dans les oddites où cette voie est justement dilatée. Certains artifices techniques permettent de réaliser une anastomose de bonne largeur, même quand la voie biliaire principale est insuffisamment dilatée. Nous y reviendrons.

Dans la série que nous étudions, 28 anastomoses bilio-digestives ont été réalisées.

. Sur le plan technique, l'anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale fut toujours préférée à l'anastomose hépatico-jéjunale sur anse en "Y", plus longue à réaliser.

Il faut noter quelques variations dans la réalisation de ces anastomoses :

- 2 fois, l'anastomose porta sur le canal hépatique commun plutôt que sur le cholédoque.
- 2 fois, on associa à une cholédocotomie verticale une incision longitudinale du duodénum, selon la technique de Finsterer.
- 18 fois, l'incision du duodénum fut transversale et postérieure, suturée à une incision verticale du cholédoque en regard, selon la méthode de Jurasz.
- 2 fois, l'insuffisance de calibre de la voie biliaire principale conduisit à utiliser, comme le préconise Mallet-Guy, une incision cholédocienne, se prolongeant sur le confluent biliaire inférieur et le moignon cystique.
- dans 3 cas, enfin, le type exact de l'anastomose n'était pas précisé, mais il s'agissait vraisemblablement d'une anastomose, selon la technique de Jurasz.

. Sur le plan des indications de l'anastomose bilio-digestive, plusieurs arguments ont été retenus.

. l'âge avancé des malades. Il a été retenu comme argument 24 fois sur 28. Parmi nos malades, 20 avaient plus de 70 ans au moment de l'intervention.

. l'état général précaire et l'existence d'antécédents ou d'affections évolutives, faisant courir un risque anesthésique vient ensuite :

4 malades avaient des antécédents d'infarctus du myocarde

1 gardait des séquelles fonctionnelles d'une tuberculose pulmonaire

1 était diabétique et posait des problèmes d'équilibration de son diabète.

2 étaient très obèses et présentaient un risque d'accident thrombo-emboliques

12 fois, la médiocrité de l'état général fut retenue comme argument.

. A côté de ces arguments d'ordre général, il faut retenir des arguments tenant aux voies biliaires :

4 fois, il s'agissait de réinterventions sur les voies biliaires

1 fois, de fistule biliaire externe, datant de 15 ans !

3 fois, s'associait une pancréatite chronique ou une réaction pancréatique

8 fois, les malades présentaient des poussées d'angiocholite à répétition, dont une actuelle

1 fois, l'association d'un long canal commun et d'un diverticule de la fenêtre duodénale empêcha la sphinctérotomie.

dans 17 cas, par ailleurs, existait une lithiase de la voie biliaire principale, et dans 3 de ces cas une lithiase des voies biliaires intra-hépatiques.

. Il faut enfin noter que les antécédents biliaires dataient de plus de 30 ans dans 2 cas, de plus de 10 ans dans la moitié des cas.

. Sur le plan des complications, 3 de nos malades sont décédés :

. un homme le jour de l'intervention, par désordres métaboliques et collapsus. Agé de 59 ans il présentait une fistule biliaire externe depuis plus de 15 ans. (1959)

. une femme, 8 jours après l'intervention, d'un infarctus étendu. Agée de 71 ans, elle avait déjà fait 2 infarctus antérieurement.

. une femme, enfin, un mois après l'intervention, d'une cause générale, alors qu'elle était rentrée chez elle en bonne santé. Elle avait 83 ans.

. Les résultats ont été évalués, comme précédemment, par des examens répétés et par les réponses obtenues à des questionnaires envoyés aux malades. Nous avons relevé :

. 1 résultat bon, pendant 8 ans, mais se détériorant ensuite avec reprise d'accidents ictériques. L'anastomose, qui s'était sténosée, fut reprise. Les suites sont actuellement bonnes.

. 3 bons résultats avec un recul de 9 ans

. 1 bon résultat avec un recul de 6 ans

. 1 bon résultat avec un recul de 5 ans

. 3 bons résultats avec un recul de 3 ans

. 11 bons résultats avec un recul de 1 an

. 5 bons résultats avec un recul de moins de 1 an (malades opérés en 1974)

Soit, au total, 24 bons résultats.

x

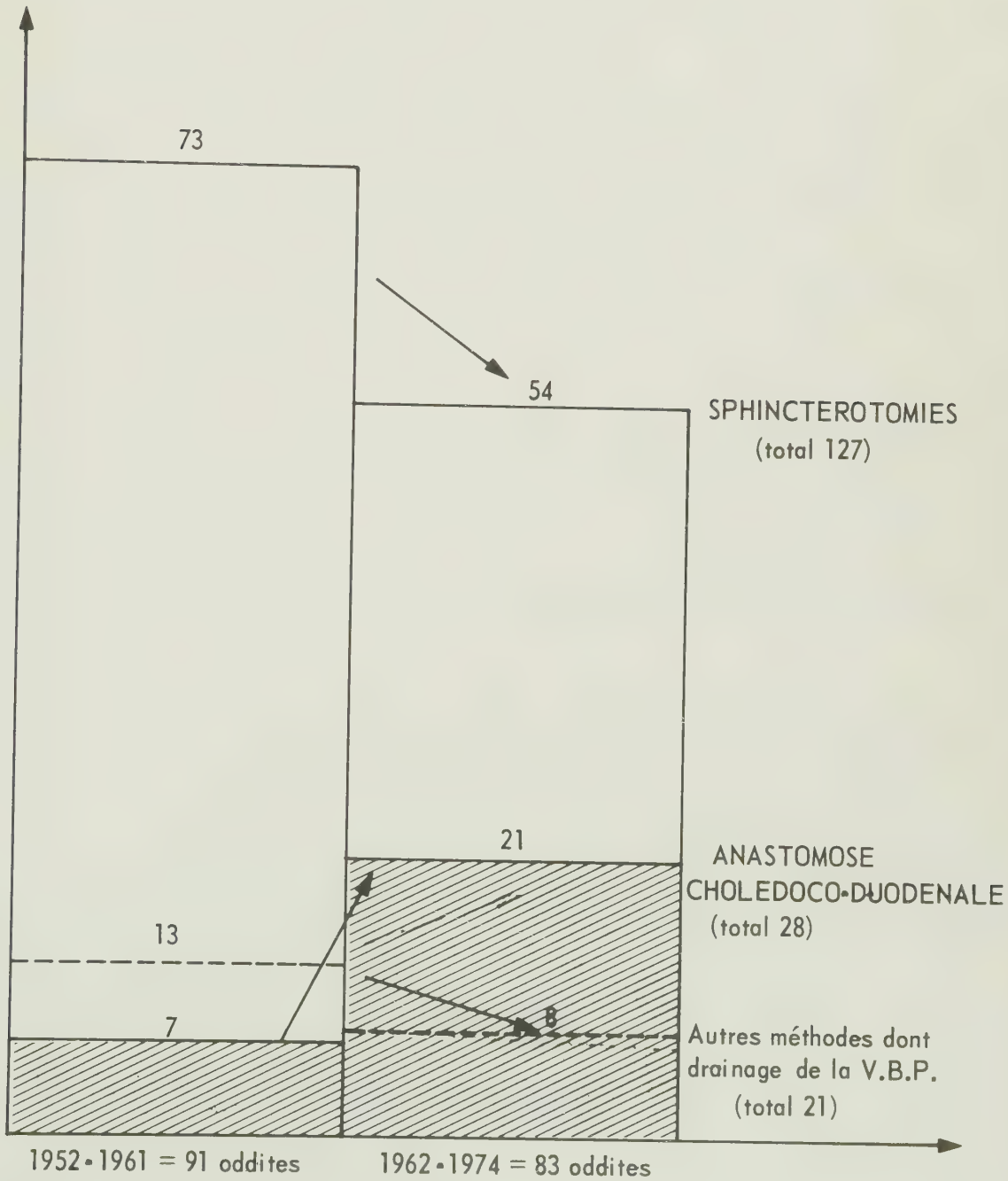
En conclusion, on peut donc affirmer que l'anastomose cholédoco-duodénale est un geste chirurgical simple, qui fait courir le minimum de risques à ces malades âgés et fatigués et dont les résultats, même à assez longs termes, sont bons.

La confrontation de ces risques et de ces résultats avec ceux de la sphinctérotomie a d'ailleurs conduit, au fil des années, à élargir les indications de l'anastomose bilio-digestive aux dépens de la sphinctérotomie (tableau V).

TABLEAU V

TRAITEMENT DES ODDITES CHRONIQUES

EVOLUTION DES INDICATIONS ENTRE 1952 et 1974



Ceci rejoint l'attitude adoptée dans plusieurs autres services parisiens. Nous reproduisons ici les pourcentages relatifs de ces techniques, appliquées non plus uniquement aux oddites, mais dans l'ensemble de la chirurgie de la voie biliaire principale, les pourcentages ont été recueillis dans des publications récentes.

Auteur, année	Hepp 1968 (31)	Loygue 1970 (36)	Edelmann 1973 (26)
Période d'étude	1957 - 1965	1961 - 1969	1962 - 1971
Nombre d'interventions (pour L.V.B.P.)	357	308	176
Sphinctérotomie	43 %	34 %	18 %
Anastomose cholédoco-duodénale	6 %	16 %	34 %
Anastomose hépatico-jéjunale	9 %	9 %	1,7 %

x

4. - Les drainages simples de la voie principale.

Ces drainages s'adressent, soit à des oddites inflammatoires, qu'on espère voir régresser sous traitement, soit à des hypertonies organo-fonctionnelles du sphincter d'Oddi. Nous pensons que, dans ces cas, existent des altérations encore modérées du sphincter d'Oddi et que les troubles sont majorés par un élément fonctionnel ou inflammatoire surajouté transitoirement. Dans ces cas, les chiffres de pression et de débit enregistrés en per-opératoire ne sont que partiellement modifiés par les épreuves pharmaco-dynamiques.

Le drainage de la voie biliaire principale a pour but de passer un cap aigu difficile. Parfois y est associée une dilatation progressive du sphincter d'Oddi par les dilatateurs de Bakes.

. Dans notre série, cette thérapeutique fut utilisée 21 fois ; il s'agissait :

8 fois, d'un drain de Kehr seul.
9 fois, d'un drainage trans-cystique isolé.
4 fois, d'une dilatation sphinctérienne associée :
1 fois, à un drainage trans-cystique
1 fois, à un drain de Kehr
2 fois, à un drainage trans-papillaire par drain de Gattel-Champeau.

. Parmi les indications, justifiant cette attitude thérapeutique, figurent :

4 fois, la nature inflammatoire de l'oddite
3 fois, l'association à une pancréatite
1 fois, l'âge jeune de la malade (37 ans)
16 fois, le caractère organo-fonctionnel de l'hypertonie oddienne.

Par ailleurs, l'oddite s'associait :

11 fois, à une lithiase vésiculaire
9 fois, à une double lithiase, vésiculaire et cholédocienne ; cette dernière pouvant être extraite par simple cholédocotomie.
1 fois, à une lithiase isolée de la voie biliaire principale.

. Nous avons relevé deux complications pulmonaires résolutives, et un cholépéritoine par déplacement du drain de Kehr, nécessitant une réintervention pour le replacer.

. Au chapitre des résultats à distance, il faut noter, à côté des 15 bons résultats justifiant l'attitude adoptée, 2 résultats médiocres, avec quelques endolorissements intermittents et quelques troubles dyseptiques et surtout 3 mauvais résultats. Dans ces 3 cas, le drainage, très productif, dut être conservé longtemps (1 mois) ; des troubles digestifs et biliaires évoquant une oddite persistèrent et les images cholangiographiques, observées à distance de l'intervention, confirmèrent ce diagnostic d'oddite résiduelle. Dans ces 3 cas également, un traitement médical est nécessaire. Il a permis jusqu'ici d'éviter une réintervention.

Mais il faut ajouter, au passif de cette méthode, les 6 cas de réintervention, pour oddite, chez des malades cholecystectomisés dans le service, chez qui une oddite avait été soupçonnée initialement et n'avait conduit qu'à un drainage de la voie biliaire principale. Si on les ajoute aux précédents, on voit que, dans 9 cas (3+6) sur 27 (21+6), c'est-à-dire une fois sur trois, le drainage de la voie biliaire principale a été insuffisant, laissant en place une oddite résiduelle.

Ceci explique qu'on tende à abandonner cette attitude, chaque fois qu'on craint qu'une hypertonie oddienne, ne soit, en partie au moins, organique (tableau V).

x

x x

CONCLUSION

A l'issue de ce travail, nous voudrions essayer de dégager quelques conclusions :

1°) Nous avons pu constater, au cours de l'étude des 1645 observations de notre série, que, dans environ 1 cas sur 10, existait une lésion du sphincter d'Oddi, isolée ou, le plus souvent, associée à la lithiase biliaire.

2°) Cette lésion du sphincter d'Oddi évolue le plus souvent dans l'ombre, sous le masque d'une lithiase biliaire ou d'une pancréatite.

3°) Nous avons vu la difficulté de son diagnostic et la nécessité de réunir plusieurs arguments dont les plus importants et les plus fiables sont tirés de la radiomanodébitmétrie. Celle-ci doit être systématique, au cours de toute intervention sur les voies biliaires. Sa technique, parfaitement codifiée, doit être irréprochable, pour éviter des erreurs de diagnostic et des indications chirurgicales abusives et dangereuses.

4°) Nous avons rappelé sa structure anatomo-pathologique, pour montrer que cette dystrophie oddienne constitue une véritable involution progressive de l'appareil oddien, survenant à l'âge mûr, chez des malades aux antécédents biliaires déjà anciens.

5°) Scléro-dystrophie par dégénérescence progressive, elle est cependant favorisée ou majorée par des modifications pathologiques prolongées du tonus sphinctérien, sous la dépendance d'incitations nerveuses qui peuvent prendre naissance au niveau du plexus biliaire ou des noyaux moteurs des pneumogastriques et des splanchniques. Les excitations de la région du "siphon vésiculaire", en particulier, paraissent jouer un grand rôle dans les modifications du tonus oddien.

6°) Nous avons constaté que cette lésion oddienne se présente, indéniablement comme une affection autonome dans les rares cas "d'oddites isolées", dans les cas d'oddites découvertes au cours des lithiases vésiculaires et dans les oddites des cholécystectomisés, où nous avons montré qu'elle est une oddite "oubliée" ou méconnue, évoluant pour son propre compte et responsable de la majeure partie des syndromes "post-cholecystectomies".

7°) Elle est, par ailleurs, très fréquemment associée à une lithiase de la voie biliaire principale. Nous avons rassemblé de nombreux arguments qui tendent à prouver qu'elle constitue, dans ces cas, la lésion primitive de la voie biliaire principale, favorisant, par la stase qu'elle provoque, la survenue d'une lithiase qui serait donc une lithiase d'organe, plutôt que d'organisme.

8°) Nous avons noté sa présence dans certaines pancréatites chroniques et relevé la fréquence d'une réaction pancréatique dans la pathologie biliaire avec oddite. Nous avons évoqué ainsi le rôle qu'elle pourrait jouer dans la pathogénie de la pancréatite chronique et discuté l'intérêt de son traitement dans ces cas, en concluant que ce dernier peut se justifier en cas de lésion biliaire associée, mais ne semble pas modifier l'évolution de la pancréatite.

9°) Sur le plan thérapeutique, nous avons montré la nécessité d'un traitement propre de l'oddite, à côté du traitement de la lithiase vésiculaire ou cholédocienne.

Ce traitement impose avant tout, rappelons-le, de faire la différence entre les scléro-dystrophies oddiennes, qui nécessitent un geste définitif, et les hypertonies fonctionnelles, qui ne relèvent que d'un drainage temporaire de la voie biliaire principale. Relèvent également de ce simple drainage, les oddites inflammatoires, dont on peut espérer la régression sous traitement.

Dans les scléro-dystrophies oddiennes, il est des cas où la sphinctérotomie est seule possible, en particulier quand elle seule peut permettre l'ablation d'un calcul enclavé du bas cholédoque. Il est des cas où, réalisée dans de bonnes conditions, elle est logique et indiquée. Il est, par contre, des cas où il faut lui préférer une anastomose cholédoco-duodénale quand elle exposerait le malade à des risques d'origine générale ou locale.

Les indications de ce dernier type d'intervention devraient tendre à s'élargir.

Seul en tout cas, le traitement des oddites chroniques associées aux lithiases biliaires, appliqué à bon escient, peut espérer faire diminuer le nombre des réinterventions sur les voies biliaires, dont nous avons vu la gravité.

10°) Quant aux résultats de ces traitements, nous avons vu qu'ils sont tout à fait satisfaisants, même à long terme. Ceci n'est vrai qu'à la condition d'une bonne technique et nous voulons retenir deux points particuliers :

- L'importance de pratiquer une sphinctérotomie "mesurée", laissant intacte la partie haute du cholédocus proprius, qui n'est en général pas atteinte par la scléro-dystrophie, et permettant de conserver un fonctionnement sphinctérien satisfaisant.

- La nécessité de réaliser une anastomose cholédoco-duodénale large, permettant certes le reflux, mais évitant aussi la stase, seule responsable d'éventuels accidents secondaires.

x

x x

BIBLIOGRAPHIE

1. - ARIANOFF A.

Technique opératoire dans la chirurgie du cholédoque et du sphincter d'Oddi.
Symposium sur les voies biliaires Scuol - Tarasp - Vulpera Sept 1964

2. - ARIANOFF A.

La sphinctérotomie de l'Oddi en chirurgie biliaire.
Monographies, 1968, Maloine Ed. Paris

3. - AUDOIN J.

Expérience de 3 ans de la sphinctéroplastie dans la lithiase biliaire.
Mem. Acad. Chir. 1959, 8-9-10, 238-241

4. - BARRAYA L., PUJOL - SOLER R., YVERGNEAUX J.P.

La chirurgie du sphincter d'Oddi.
E M C Traité de technique 1975, 40, 950, 40931

5. - BARRAYA L., PUJOL - SOLER R., YVERGNEAUX J.P.

La région oddienne.
Presse Méd., 1972, 55, 2527-2534

6. - BENGOLEA J. et NEGRI A.

Les dyskinésies biliaires et plus spécialement les perturbations anatomo-fonctionnelles du sphincter d'Oddi.
50° Congrès de Chirurgie Paris 1947, 48, 6, 498.
Assoc. fr. de chir., 26 Bd Raspail Paris Ed.

7. - BESANÇON F., PIRONNEAU A., LOPES - MACEDO L., LONGUET Y.A. et DEBRAY Ch.

Le diagnostic opératoire des oddites et des obstructions biliaires par le débitmètre à flotteur.
Soc. Med. des Hôpitaux de Paris 1964, 144, 5, 401-411

8. - BISMUTH H., HEPP J., BARRAYA L., MARTIN E., VAYRE P., YVERGNEAUX J.P.

Pathologie du sphincter d'Oddi et sphinctérotomie.
Colloque de l'hôpital Paul-Brousse Villejuif 19.11.73.

9. - BISMUTH H., HEPP J.,

Technique et résultats de la sphinctérotomie oddienne.
Ann. Chir. 1966, 20, 394

10. - BISMUTH H., DUPONT J.M., PERNOD R. et HEPP J.

Les accidents secondaires précoces de la sphinctérotomie oddienne.
Ann. Chir. 1966, 20, 5-6- 334-339

11. - BRACONNOT P., VUILLARD P., FISCHER L., VENOUIL J.

Dyskinésies biliaires et oddites.
(Cahiers Med. Lyonnais 1969, 45, 24, 2579-2589)

12. - CAROLI J.

Les papillites ictérigènes primitives.
Vigot Ed. Paris 1969

13. - CAROLI J.

Maladies des voies biliaires.
Flammarion Edit. 1951, 991-999

14. - CAROLI J. et MERCADIER M.

Les dyskinésies biliaires.
Vigot Edit. 1949

15. - CAROLI J. et PORCHER P., avec la collaboration de FOURÈS A., RICORDEAU P., HEPP J., CHAMPEAU M., SOUPAULT R. et ESTEVE J.

Contribution au diagnostic des papillites primitives ; angiocholégraphies endoscopiques et écrans de brillance.
Lyon Chirurgical, 1959, 55, 868

16. - DEBRAY Ch., BESANÇON F., PIRONNEAU A. et LOPES-MACEDO L.

Indications légitimes de la sphinctérotomie sous contrôle de la débitmétrie per-opératoire (débitmètre à flotteur).
Rev. Int. Hépat. 5, 985-995

17. - DEBRAY Ch., ROUX M., LECANUET R., LAUMONIER R.

Les oddites chroniques.
Rapport au Congrès international sur la fonction biliaire.
Vittel, Masson et Cie, 1958, 279-314

18. - DEBRAY Ch., ROUX M., LECANUET R. et THOMAS J.

Résultats à distance de 70 cas de sphinctérotomie oddienne.
Rein et foie, mal. de la nutrition 1963, 5, 121-135

19. - DEBRAY Ch., BONFILS S., HAMBURGER J., LORTAT-JACOB J.L., MERCADIER M.

Comment reconnaître et traiter les oddites chroniques ?
Presse. Med. 1964, 72, 21, 1251-1254

20. - DEBRAY Ch., ROUX M., LECANUET R. et THOMAS J.

Résultats à distance de 300 cholécystectomies effectuées sous contrôle manométrique et radiologique per-opératoire.
Sem. Hop. Paris 1960-36, 5, 296-308

21. - DEBRAY Ch., ROUX M., LECANUET R. et BELLANGER G.

Le reflux wirsungien au cours des cholangiographies per et post-opératoires.
Arch. Mal. App. Dig., 1961, 50, 11, 1113-1139

22. - DEBRAY Ch., ROUX M., VAYRE P.

Indications et résultats de la chirurgie de la lithiase biliaire.
Rev. Prat. 1967, 17, 22, 3131-3146

23. - DEBELUT J.

Réflexions sur 1700 cas de chirurgie des voies biliaires sous contrôle radiomanométrique.
Chirurgie, 97, 10, 679-687

24. - DETRIE Ph. et LIEGEOIS A.

Le fonctionnement du sphincter d'oddi. Etude physiologique chez l'homme. Considérations physio-pathologiques.
Nouv. Press. Med. 1972, 12, T-1 N° 43, 2893-2898

25. - DEL VALLE D. et DONOVAN A.

Coledoco-odditis retractil cronica. Concepto clinico y quirurgico.
Arch. Argent. des enf. del app. dig. y de la nutr. 1926, 4, 1-10

26. - EDELMAN G. et SCHONBUECH C.

La choledoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale (à propos de 60 cas).
Ann. Chir. 1973, 27, 3, 4221-4226

27. - FARAH A.

Le pronostic vital et fonctionnel au décours de la chirurgie des voies biliaires extra-hépatiques.
Thèse Paris 1964

28. - FEROLDI J.

La maladie du sphincter d'Oddi.
Thèse Lyon 1945

29. - GLENN F.

Post-cholecystemy choledoco-lithiasis.
Surg. Gynéco-Obst. 1972, 134, 249-252

30. - GERMAIN M.

Les effets biliaires de la vagotomie tronculaire bi-latérale.
J. Chir. 1973, T-106, 1/2, 7-44

31. - HEPP J.

Place de la sphinctérotomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne.
Med. et Hygiène 23-9-64, 655, 764-766

32. - HEPP J., MERCADIER M., MOREAUX J., PERNOD R. et JULIEN

Réflexions à propos de 100 cas de lithiase dite "résiduelle" de la voie biliaire principale.
Mem. Acad. Chir. 1964, 90, 335-340

33. - HEPP J.

Méthodes d'exploration du sphincter d'Oddi.
Ann. Chir. 1966, 20, 566, 327-330

34. - HEPP J. et ISSERLIS G.

Complexité de la lithiase cholédocienne et de son traitement. Indications de la voie combinée.
Ann. Chir. 1959, 13, 17-18, 1065-1072

35. - HEPP J.

Oddites imaginaires et sphinctérotomies abusives.
Ann. Chir. 1966, 20, 342

36. - HESS W.

Die Erkrankungen der Gallenwege und der Pankréas.
Georg. Thieme Verlag (Ed.) Stuttgart 1961

37. - HUGUET G., MALAFOSSE M., GUEZ D., LOYGUE J.

La place des anastomoses de la voie biliaire principale au duodénum dans la chirurgie de la lithiase biliaire.
Ann. Chir. 1970, 23-24, 1219-1224

38. - HUREAU J., BOURDAIS J.P., DELAVIERRE P.

Un exemple pur d'oddite scléro-inflammatoire primitive, sans lithiase.
Presse Med. 1967, 75, 94-95

39. - IZARD G.

L'exploration per-opératoire de la voie biliaire dans la lithiase.
Thèse Toulouse 1974

40. - KOURIAS B.G.

A propos de 394 cas d'affections bénignes de la jonction cholédoco-duodénale.
Ann. Chir. 1969, 25, 149-157

41. - LATASTE J., VAYRE P. et GIULI R.

A propos de 89 sphinctérotomies oddiennes d'indication biliaire.
Presse Med. 1964, 72, 18, 1953-1955

42. - LAUMONIER R., ROUX M.

La pathologie non tumorale de l'ampoule de Vater.
Arch. Ana. Path. 1958, 34-169-182

43. - LEGER L. et VAN STEENBURGGHE G.

Sphinctérotomie oddienne transcholédocienne.
Presse Med. 1958, 53, 1237

44. - LONGUET Y.J.

Sur les risques immédiats de la sphinctérotomie oddienne.
Mem. Acad. Chir. 1958, 84, 16-17, 479-481

45. - LONGUET Y.J.

Sur les résultats et les suites éloignées de la sphinctérotomie oddienne.
Mem. Acad. Chir. 1959, 85, 8-9-10, 244-248

46. - MAC PHEDRAN J.I.D., AUDIE, MAC CRAE

Fibrosis of the ampulla of Vater.
Arch. Surg. 1961, 83, 458-461

47. - MALLET-GUY P., JEANJEAN R. et FEROLDI J.

La maladie du sphincter d'Oddi.
Lyon Chir. 1945, 40, 553-587

48. - MALLET-GUY P. et JEANJEAN R.

Contrôle fonctionnel de la sphinctérotomie pour maladie du sphincter d'Oddi.
Lyon Chir. 1947, 42, 239

49. - MALLET-GUY P.

Sur la place des opérations directes sur la papille dans la chirurgie de la lithiase cholédocienne.
Mem. Acad. Chir. 1959, 85, 8-9-10, 251-252

50. - MALLET-GUY P., FEROLDI J. et MICEK F.

Maladie du sphincter d'Oddi.
Analyse de 70 observations nouvelles recueillies du 12.2.45 au 7.5.49.
Lyon Chir. 1950, 45, 33 et 1951, 42, 299

51. - MARTIN E., BERGE J., MARCHE C.

Valeur du diagnostic histologique des oddites.
Ann. Chir. 1966, 20, 331-336

52. - OLIVIER Cl., RETTORI R., LIBAUDE H., GARCIN P. et EPFELBAUM R.

Suites immédiates et résultats éloignés de 108 sphinctérotomies oddiennes d'indication biliaire.
J. Chir. 1965, 89, 3, 269-280

53. - POILLEUX F., HOUDARD Cl., MICHAULT

La sphinctérotomie oddienne.
Ann. Chir. 1962, 16, 5-6, 335-356

54. - PATEL J., NARDI C., LATASTE J.

La chirurgie oddienne dans les cas d'affectations biliaires non tumorales.
Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48, 1025-1044

55. - PRIOTON B.

Oddites scléreuses d'apparences primitives.
Arch. Mal. App. Dig. 1968, 57, 515-516

56. - RENE L., BLONDEAU Ph., HERNANDEZ Cl.

Intérêt des clichés rétro-pancréatiques au cours de la radio-manométrie per-opératoire.
J. Chir. 1965, 89, N° 1, 35-46

57. - RETTORI R.

La section du sphincter d'Oddi ; bases anatomiques et radiologiques. Technique et résultats.
J. Chir. 1956, 78, 761-777

58. - ROUX M., DEBRAY Ch., LECANUET R. et LAUMONIER R.

Pathologie chirurgicale des voies biliaires extra-hépatiques.
Masson et Cie Editeurs Paris 1962

59. - ROUX M., DEBRAY Ch., DELAVIERRE Ph., HUREAU J., LECANUET R., BOURDAIS J.P.

Les oddites primitives sans lithiase ni pancréatite.
Sem. Hôp. Paris 1973, 19, 28, 2089-2090

60. - ROUX M., LECANUET R., VAYRE P.

Estimation de la valeur fonctionnelle de la voie biliaire principale par l'étude per-opératoire des conditions radiomanodébitmétriques.
J. Chir. 1965, 89, 5-6, 587-604

61. - ROUX M., DELAVIERRE Ph.

Sténose congénitale de la papille, lithiase secondaire de la voie biliaire principale et pancréatite calcifiante chez une femme de 26 ans.
Sem. Hôp. Paris 1972, 48, 1294-1297

62. - ROUX M., ARSAC M., VAYRE P., FARAH A.

La place de la sphinctérotomie oddienne dans la chirurgie biliaire.
Rein, foie, maladie de la nutrition 1966, 8, 85-98

63. - ROUX M., VAYRE P., FARAH A.

Notre expérience de la sphinctérotomie oddienne. Indications et résultats.
Rev. Int. Hépat. 1965, XV, 5, 783-790

64. - ROUX M., VAYRE P., HUREAU J., LEVASSEUR J.C., FARAH A.

Réflexions à propos de 40 cas de lithiase résiduelle de la voie biliaire principale extra-hépatique.
Ann. Chir. 1968, 22, N° 25-26, 1515-1518

65. - ROUX M.

Unité fonctionnelle de l'appareil biliaire.
Ann. Med. Chir. du Hainaut 1973, 30, N° 2, 169-177

66. - SCIOCCA

Indications de la sphinctérotomie dans la chirurgie de l'Oddi.
J. Chir. 1964, 83, 3, 149-170

67. - STALPORT J.

Voie biliaire principale et complexe oddien.
Monographies 1968, Ed. Maloine Paris

68. - VAYRE P.

Les corrélations cholecysto-oddiennes.
Thèse Paris 1961

69. - YVERGNEAUX J.P., BOUWENS E., YVERGNEAUX E.

Diagnostic de la sténose oddienne bénigne dans une série homogène de 1150 interventions biliaires sous radiomanométrie.
Ann. Chir. 1974, 28, 7, 545-552

70. - YVERGNEAUX J.P., BOUWENS E., YVERGNEAUX E.

Traitement de la sténose oddienne bénigne.
Ann. Chir. 1974, 28, 7

71. - YVERGNEAUX J.P.

Etude radiomanométrique de la sphinctéro-dilatation et du drainage externe dans le traitement de l'oddite.
Acta gastro ent. belg. 1965, 28, 166-191

Vu, le Président
Pr. M. Roux

Vu, le Doyen de
la faculté de médecine
Broussais-Hôtel-Dieu
Pr. Housset

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
R. Mallet